

Rusmiddelavhengiges pasientrettigheter ved frivillig behandling og rettigheter ved behandling under tvang



Universitetet i Oslo
Det juridiske fakultet

Kandidatnummer: 547
Leveringsfrist: 25.04.2012

Til sammen 17 803 ord

23.04.2012

Innholdsfortegnelse

<u>1</u>	<u>INNLEDNING</u>	<u>5</u>
1.1	Avgrensing av oppgaven	6
1.2	Begreper	6
<u>2</u>	<u>PASIENTRETTIGHETER</u>	<u>8</u>
2.1	Kort om situasjonen før reformen	8
2.2	Juridisk teori	9
2.2.1	Rusavhengiges rettslige situasjon før rusreformen av 2004	10
2.2.2	Rusavhengiges rettslige situasjon etter rusreformen av 2004	11
2.2.2.1	Vurderingen om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp	12
2.2.2.1.1	Loven	13
2.2.2.1.2	Forskriften	13
2.2.2.1.3	Helsedirektoratets veiledning	14
2.2.2.1.4	Forarbeider	15
2.2.2.1.5	Rettspraksis	17
2.2.2.1.6	Sammendrag	18
2.2.2.2	Sekundære pasientrettigheter	19
2.2.2.2.1	Rett til fornyet vurdering	19
2.2.2.2.2	Fritt sykehusvalg	20
2.2.2.2.3	Rett til individuell plan	21
2.2.2.2.4	Klage	22
2.2.2.2.5	Helfo	23
2.3	Rusavhengiges pasientrettigheter i praksis	24
2.3.1	Terskelen for å få rett til nødvendig helsehjelp	25
2.3.2	Om fastsettelse av fristen for behandling	26
2.3.3	Om mulige måte å "lure" systemet på?	27
2.4	Fristbrudd	27
2.5	Om finansieringen av rusmiddelbehandling	28

2.6	Konklusjon	29
<u>3</u>	<u>BEHANDLING UNDER TVANG</u>	<u>32</u>
3.1	Innledning	32
3.2	Kort historikk om tvang ovenfor rusavhengige	32
3.2.1	Alminnelig tvang ovenfor rusavhengige	32
3.2.2	Gravide på tvang	32
3.3	Tvang ovenfor rusavhengige	33
3.3.1	Vilkårene for å tvangsinnlegge en rusavhengig pasient	33
3.3.1.1	Forarbeider	34
3.3.1.2	Dommer og nemndsavgjørelser	35
3.3.1.3	Oppsummering	42
3.4	Gravide på tvang	42
3.4.1	Vilkårene for å tvangsinnlegge en gravid rusmisbruker	43
3.4.1.1	Forarbeidene	44
3.4.1.2	Dommer og nemndsavgjørelser	45
3.4.1.3	Oppsummering	50
3.5	Betenkeligheter ved tvang ovenfor rusavhengige	51
3.5.1	Menneskerettigheter	51
3.5.2	Fratakelse av selvbestemmelsesretten	52
3.5.3	Abortpress	53
3.5.4	Mulighet for at den gravide vil skjule graviditeten for helsemyndighetene	54
3.5.5	Delkonklusjon	55
3.6	Rettsikkerhet for behandling under tvang	56
3.7	Oppsummering om tvangen	57
<u>4</u>	<u>RUSAVHENGIGES RETTSLIGE STILLING</u>	<u>59</u>
<u>5</u>	<u>LITTERATURLISTE</u>	<u>60</u>
5.1	Lov- og forarbeidsregister	61
5.2	Lover	61

5.3	Forarbeider	61
5.4	Forskrifter	62
<u>6</u>	<u>DOMMER OG ANNEN RETTSPRAKSIS</u>	<u>63</u>
<u>7</u>	<u>LISTER OVER TABELLER OG FIGURER M V</u>	<u>63</u>

1 Innledning

Jeg har valgt å skrive min masteroppgave om rusavhengiges rettigheter. Både pasientrettigheter ved frivillig behandling, og rettigheter ved tvungen behandling er tatt med i oppgaven.

Målet med oppgaven er todelt. For det første vil jeg undersøke om de pasientrettigheter rusavhengige ble gitt ved rusreformen i 2004 er tilstrekkelige, og hvordan de er blitt tatt i bruk i det virkelige liv. For det andre ønsker jeg å undersøke reglene om tvang for rusavhengige, og tvang ovenfor gravide kvinner som er rusavhengige. Når det gjelder den delen av oppgaven som undersøker reglene rundt tvangsbehandlingen ønsker jeg først og fremst å se på hva som kreves for at en rusavhengig person skal kunne underlegges behandling under tvang, og prosessen rundt dette, herunder spørsmålet om deres rettsikkerhet er tilstrekkelig ivaretatt. Jeg vil også belyse noen betenkeligheter som melder seg ved behandling under tvang.

Målet mitt med denne oppgaven er å undersøke om rusavhengige i dagens samfunn har gode nok muligheter til å få den behandlingen de trenger for å begynne et rusfritt liv. Herunder undersøke hvorvidt det er for lett å bli underlagt tvangsbehandling som rusavhengig, samt hvordan rettsikkerheten til de rusavhengige blir ivaretatt ved tvangsbehandling.

En annen del av min begrunnelse for valget av tema er at rusproblematikken er høyaktuell i dag. Rusmisbruk koster samfunnet store summer hvert år, og påvirker svært mange mennesker. Slik jeg ser det er dette en av de største utfordringene vårt land står ovenfor. Både den menneskelige og økonomiske kostnaden rusmisbruket medfører er meget høy.

En del av de pasientrettighetene jeg tar for meg i oppgavens kapittel 2 vil også kunne overføres til andre deler av helseretten og brukes generelt på pasientrettigheter.

1.1 Avgrensning av oppgaven

Da det er svært mye av dette temaet som er dagsaktuelt og relevant setter oppgavens omfang på maksimalt 18 000 ord grenser for hva det er mulig, og praktisk å ta med i oppgaven.

Jeg velger å ikke gå spesielt dypt inn i de enkelte rettigheter som pasientrettighetene fører med seg, slik som rett til individuell plan, rett til fornyet vurdering o.l. Jeg velger heller å rette oppmerksomheten min mot retten til vurdering, og frister som blir gitt med hensyn til eventuell behandling etter vurderingen. Jeg velger å gjøre dette slik da retten til vurdering og fristen for behandling er de mest sentrale rettighetene en rusavhengig pasient har. Jeg vil imidlertid ta for meg de "sekundære" rettighetene også. Her er klagemulighetene i pasientrettighetsloven sentrale. Jeg vil også ta for meg klage til Helfo.

Når det gjelder de krav pasientene har til behandlingens standard vil jeg kun unntaksvis komme inn på dette. Jeg har valgt og ikke gå dypere inn i dette da dette i stor grad vil være en medisinsk vurdering, og derfor faller utenfor oppgavens juridiske natur.

Når det gjelder delen om tvang vil jeg i hovedsak konsentrere meg om de materielle vilkårene for å bli tvangsinnlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, samt litt om saksbehandlingsreglene rundt slike tvangsinnleggelser. Jeg vil også ta for meg noen av de betenkeligheter som bruk av tvang alltid medfører, og noen betenkeligheter som gjelder spesielt for tvang ovenfor rusavhengige.

1.2 Begreper

Innledningsvis vil jeg klargjøre begrepsbruken i oppgaven der hvor jeg mener dette er hensiktsmessig.

Når en omtaler pasientgruppen er det vanlig å bruke begrepet rusmisbrukere. Jeg har valgt å bruke begrepet rusavhengige når jeg snakker om pasientgruppen. Dette kommer av at det er slik at det er de pasientene som er avhengige av rusen, og ikke de som misbruker den som har mulighet for å få pasientrettigheter. Rusavhengige er etter min

mening et mer entydig begrep enn rusmisbrukere som vil ha muligheter for å få rett til nødvendig helsehjelp for sitt rusproblem.

Når det gjelder den delen av oppgaven som omhandler behandling under tvang så er det ikke så hensiktsmessig å ha et skarpt skille mellom rusavhengige og rusmisbrukere. Dette kommer av at spesielt når det gjelder helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 så er det viktige kriteriet mors bruk av rusmidler, ikke hennes avhengighet. Når det gjelder helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 så er det også her viktigere at den faktiske bruken er en trussel for vedkommendes helse, ikke at han eller hun nødvendigvis er avhengig av rusen.

Jeg vil bruke begrepet rettighetslekkasje. Så vidt jeg vet er ikke dette begrepet brukt tidligere i juridisk litteratur. Det som jeg i denne oppgaven mener med en rettighetslekkasje er der det finnes et hull i prosessen for å omsette en rettighet på papir til et faktisk resultat. I denne oppgaven vil det være prosessen fra det at en har muligheten til å få pasientrettigheter til behandling av rusavhengighet, til og faktisk få pasientrettigheter og deretter å få rettidig og kvalitativt tilfredsstillende behandling. En rettighetslekkasje vil være det tilfellet hvor det et eller annet sted i løpet av prosessen er regler eller praksis som uthuler (tømmer) rettigheten for innhold. Dette kan eksempelvis være at det i praksis er nesten umulig å få rett til nødvendig helsehjelp, at fristene for behandling settes svært romslige, eller at behandlingstilbudet er svært dårlig. En rettighetslekkasje kan altså helt eller delvis tømme en rettighet for innhold.

Når jeg omtaler en rettighet som en sekundær rettighet er dette en rettighet som pasienten har som gjør det enklere å håndheve den primære rettigheten, som er retten til behandling. Et typisk eksempel på en sekundær rettighet er pasrl § 2-2 om rett til vurdering. En slik vurdering er viktig for å få rett til nødvendig helsehjelp, så rettigheten i § 2-2 er en sekundær rettighet ved at det er en rettighet som bygger opp under og støtter pasientens krav på retten til nødvendig helsehjelp etter pasrl §2-1b (2) om rett til nødvendig helsehjelp.

2 Pasientrettigheter

2.1 Kort om situasjonen før reformen

Før endringslov av 28. november 2003 nr. 99 trådte i kraft 1. januar 2004 hadde ikke rusavhengige mulighet for å få rett til nødvendig helsehjelp på samme måte som somatiske pasienter. Dette medførte at rusavhengige ikke hadde noe rettskrav på helsehjelp på samme måte som de har i dag. Kommunen og fylkeskommunen hadde riktig nok plikt til å stille med tiltak ovenfor gruppen, men de rusavhengige hadde ingen rettighet for å få hjelp. Dette medførte at mulighetene for helsehjelp var avhengige av den rusavhengiges behov, hva slags tilbud samfunnet hadde, og hvor mange andre som konkurrerte om behandlingen.¹

"Rettslig sett er det ingen forskjell på rusmiddelmisbrukeres rett til spesialisthelsetjenester og øvrige pasienters rett. Likevel får rusmiddelmisbrukere ofte ikke de spesialisthelsetjenester de trenger og har krav på."² Slik beskrives situasjonen for rusavhengige i forarbeidene til rusmiddelreformen. Dette gir en klar indikasjon på at lovgiver med reformen ønsket å klargjøre rusavhengiges rettigheter til behandling, samt å sende et signal at disse rettighetene ikke skal være annerledes enn for de som er har somatiske lidelser.

Ved reformen i 2004 ble ansvaret for behandling av rusavhengige overført fra fylkeskommunene til staten da behandlingen ble en del av spesialisthelsetjenesten³. Under er en oversikt som viser helseutgifter generelt, og helseutgifter for psykisk helsevern og rus fra 1997 til 2007.

¹ Kjønstad, (2007) s146

² Ot.prp. nr. 3 2002-2003 s. 18

³ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a (5)

Fig 1

Kostnader til psykisk helsevern og rusbehandling, andel												
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	
	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp	Beløp
Helseutgifter utenom investeringer (Mill kr)	88369	98025	106769	116244	125487	140502	149312	157283	165823	175371	189209	
– Institusjoner innen psykisk helsevern og rusbehandling (Mill kr)	6118	6608	7248	7888	8970	10773	11513	11956	12832	13591	15289	
Andel av helseutgifter som går til psykisk helsevern og rusbehandling (i prosent)	6,923	6,741	6,788	6,786	7,148	7,668	7,711	7,602	7,738	7,750	8,080	

I denne figuren er tallene for kostnader til rusmiddelbehandling slått sammen med kostnadene for behandling i psykiatrien. Grunnen til at det er slik er at Statistisk Sentralbyrå ikke skiller mellom utgifter til rusmiddelbehandling og psykisk helsevern. Dette medfører at tallene ikke er så klare som de ellers ville ha vært dersom det var tall for bare rusmiddelbehandlingen. Jeg har valgt å ta den med da den illustrerer at det brukes stadig mer av helsebudsjettet til rus og psykiatri. En undersøkelse gjort av SINTEF i 2006 konkluderer med at 47 % av pasienter i rusmiddelbehandling, eller andre tiltak har en annen psykiatrisk diagnose som hoved- eller bidiagnose⁴. Dette betyr at en stor del av de rusavhengige som mottar behandling for sin avhengighet også mottar behandling innenfor psykisk helsevern. I undersøkelsen fra 2006 angis tallet til 9 %⁵. Dette viser at rus og psykiatri henger relativt tett sammen.

Rusavhengige var ikke rettighetsløse før reformen i 2004. De hadde krav på behandling. Men de lovbestemmelsene som den gang gjaldt ga ikke et like klart inntrykk av en rett til behandling. Videre var ikke klageadgangen like enkel, og de hadde heller ikke ordninger slik som vi har i dag med HELFO. Jeg kommer under til å ta for meg de sekundære rettighetene de rusavhengige fikk i 2004.

2.2 Juridisk teori

Fra og med 1. januar 2004 kunne rusavhengige få krav om rett til nødvendig helsehjelp etter loven. Dette følger av pasrl. § 2-1b (2)⁶ at en pasient kan ha rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Videre følger det av sphlsl. § 2-1a (1) 5. punkt⁷ at spesialisthelsetjenesten plikter å stille med behandlingsmuligheter for rusavhengige. Dette er slik loven er i dag, men det har vært flere forandringer siden rusreformen trådte

⁴ Gråwe, Ruud 2006 s 12

⁵ Gråwe, Ruud 2006 s 11

⁶ Pasientrettighetsloven § 2-1b

⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a

i kraft. Disse endringene er for rusavhengiges rettigheter ubetydelige. Rusreform II flyttet mer av ansvaret for behandling av rusavhengige fra fylkeskommunen til staten⁸. Før denne lovendringen kunne rusavhengige ikke få rett til nødvendig helsehjelp på bakgrunn av avhengigheten. De befant seg da i pasientgruppen hvor en ikke har noe rettslig krav på behandling, og er en av mange som kjemper om begrensede ressurser. Loven var utformet på en slik måte at rusmiddelbehandling ikke lå innenfor spesialisthelsetjenesten, men under fylkeskommunen. Før 1. januar 2004 gav sotjl⁹. § 7-1 fylkeskommunen ansvar for driften av institusjoner for behandling av rus.

2.2.1 Rusavhengiges rettslige situasjon før rusreformen av 2004

Før rusreformen var det som sagt fylkeskommunen og kommunen som hadde ansvaret for behandling av rusavhengige i og utenfor institusjon¹⁰. Videre var det etter gjeldene regelverk fra før rusreformen slik at det var sosialtjenesten som skulle "hjelp den enkelte til å komme bort fra misbruk av alkohol og andre rusmidler¹¹". Videre i sotjl § 6-1 har sosialtjenesten plikt til å sørge for et behandlingsopplegg etter andre ledd, og hjelp i en institusjon dersom dette er påkrevet. Dersom det mangler plass i institusjon pliktet sosialtjenesten å sørge for å etablere et midlertidig tiltak. Dette medførte at kommunen og fylkeskommunen var pliktige til å stille med behandling til rusavhengige.

Den gamle ordningen gav fylkeskommunen en plikt til drift av institusjoner for behandling av rusavhengighet. Ellers var det sosialtjenesten som hadde ansvaret for å sørge for at tiltak som skulle hjelpe den avhengige kom på plass. Ansvaret for sosialtjenesten lå på kommunen¹². Dermed var ansvaret for behandling av rusavhengige delt mellom kommunen og fylkeskommunen.

Men det fantes ingen rettighetshjemmel for rusavhengige. Det er nok også tvilsomt om den rusavhengige som ikke fikk noe tilbud fra kommunen eller fylkeskommunen hadde noe rettskrav på behandling som kunne tas inn for domstolene. Sivilombudsmannen

⁸ Ot. prp 54 (2002-2003) s 13, fig 1.1

⁹ Sosialtjenesteloven § 7-1

¹⁰ Sosialtjenesteloven § 7-1

¹¹ Sosialtjenesteloven § 6-1 (1)

¹² Sosialtjenesteloven § 10-1 (1)

skriver om sotsj§ 6-1 at bestemmelsen ikke kan anses som en selvstendig rettighetsbestemmelse¹³. Dette understøttes, som sivilombudsmannen skriver i forarbeidene til lov om sosiale tjenester.¹⁴ Saken som sivilombudsmannen uttaler seg om handlet om refusjon av utgifter som den rusavhengige hadde hatt ved behandling ved en privat rusinstitusjon. Klageren fikk ikke støtte til behandling når han hadde tilbud om behandling fra kommunen med en ventetid på åtte uker. Men sivilombudsmannen åpner for at det kan bli aktuelt å få refundert utgifter til rusmiddelbehandling ved en privat institusjon dersom søkeren ikke har fått den hjelp han har krav på. Dette kan på en måte sammenliknes med reglene som vi finner i pasientrettighetsloven¹⁵ i dag. Dette fremstår imidlertid som en snever unntaksregel. Dagens rettighetssystem gjør behandlingen av slike saker langt lettere for pasienten. Dersom pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp, og ikke får behandling innen fristen kan han få dekket behandling ved en privat institusjon¹⁶. De nye reglene er klarere, og gir en mye bedre muligheter for pasientgruppen å kunne håndheve sine rettigheter.

2.2.2 Rusavhengiges rettslige situasjon etter rusreformen av 2004

Den første, og mest absolutte rettigheten den rusavhengige har er retten til vurdering av henvisning etter pasrl. § 2-2¹⁷ (1). Loven gir en absolutt rett til vurdering innen 30 dager. For pasienter under 23 år er fristen for vurdering på 10 virkedager etter paragrafens fjerde ledd. Denne regelen kan sees på som inngangsporten til å få rett til nødvendig helsehjelp etter pasrl. § 2-1b (2). En har ubetinget rett til vurdering, men ingen ubetinget rett til helsehjelp. Vurderingen etter henvisningen brukes til å vurdere om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke.

Henvisningen blir vurdert av en lege og et vurderingsteam som innen fristen satt i pasrl. § 2-2 avgjør om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke etter § 2-1b (2) og

¹³ Somb-1998-60 s.87

¹⁴ Ot. prp. nr. 29 (1990-91) s. 87.

¹⁵ Pasientrettighetsloven §2-1b (4)

¹⁶ Pasientrettighetsloven § 2-1b (4)

¹⁷ Pasientrettighetsloven § 2-2

prioriteringsforkriftens § 2. Dersom vurderingsteamet kommer til at pasienten ikke har rett til nødvendig helsehjelp, så gis det som regel rett til helsehjelp. Dette medfører at det ikke settes noen frist for behandling, og at pasienter med rett til nødvendig helsehjelp prioriteres foran pasienter som kun har rett til helsehjelp. Med dagens situasjon i russektoren av helsevesenet betyr det å bare få rett til helsehjelp som regel at pasienten ikke får noe tilbud om behandling på lang tid.

Retten til nødvendig helsehjelp er en materiell rettighet som gir et rettsbeskyttet krav¹⁸. Dette medfører at kravet kan bringes inn for domstolene¹⁹. Det er heller ikke snakk om et forvaltningskjønn, så domstolene kan prøve alle sider av et vedtak om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Det er her snakk om et medisinsk skjønn som retten som regel vil prøve. Dessverre kan det være upraktisk for pasienter å måtte gå rettens vei for å gjøre sitt rettskrav gjeldende. Dette kommer av at det kan ta svært lang tid før en sak er rettskraftig avgjort. Innen den tid kan en ofte ha fått den helsehjelp en hadde krav på, selv om fristen er brutt. Som regel vil da den rettslige interessen være bortfalt når behandling er gitt, selv om det er gitt etter fristbrudd. Videre er det gode klagemuligheter etter pasientrettighetsloven som gjør behovet for rettslige skritt mindre.

Den eneste høyesterettsdommen som er kjent for meg når det gjelder rett til helsehjelp er "Fusa-dommen". Denne dommen omhandler imidlertid hva slags kvalitet på behandlingen pasienten har krav på. Som nevnt over er dette i ytterkant av oppgaven, og jeg vil ikke gå inn på denne dommen.

2.2.2.1 Vurderingen om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp

Vurderingen skal gi svar på om pasienten som blir vurdert har krav på rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Dette gjøres etter reglene i prioriteringsforskriften²⁰. I praksis brukes også en veiledning fra sosial og helsedirektoratet²¹ som forklarer lovstoffet på en måte som er beregnet på helsearbeidere.

¹⁸ Innst O. nr.91 (1998-1999) s 17

¹⁹ Ot.prp.nr.63 (2002-2003) s 28

²⁰ Prioriteringsforskriften § 2

²¹ IS - 1505

2.2.2.1.1 Loven

Som kjent gir loven rett til nødvendig helsehjelp²². Men dette gjelder etter lovens ordlyd kun i de tilfeller hvor det er forventet at pasienten vil ha nytte av helsehjelpen, og at kostnadene står i et rimelig forhold til den effekten tiltaket ventes å ha. Dette er en svært generell veiledning, og gir liten veiledning til vurderende helsepersonell i en gitt situasjon. Det er derfor laget en forskrift som konkretiserer vurderingstemaene bedre enn loven, og det er også veiledere fra direktoratet slik som nevnt over. Veilederne skal hjelpe helsepersonell å vurdere pasientens juridiske rettigheter, og konkretiserer lovanvendelsen.

Det faktum at loven gir liten veiledning og overlater mye av tolkningen til skjønn og andre rettskilder betyr at selv om loven er den rettskilden med høyest relativ vekt, så har den en begrenset betydning når det gjelder retten til nødvendig helsehjelp. Det at loven er så generell åpner for at de tolkningsspørsmålene en har vil en måtte finne svar på i andre rettskilder.

2.2.2.1.2 Forskriften

Forskriftens²³ § 2 slår i første ledd fast at en pasient vil få rett til nødvendig helsehjelp etter loven²⁴ dersom tre kumulative vilkår er oppfylt. For det første må pasienten ha en prognose som tyder på redusert livslengde eller en "ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" hvis helsehjelpen som pasienten trenger utsettes. For det andre må pasienten ha en forventet nytte av helsehjelpen. For det tredje må de kostnadene som foreventes ved behandlingen stå i et rimelig forhold til tiltakets effekt. Kriteriene er fortsatt svært generelle, og gir ikke all verdens veiledning i en konkret situasjon. Syse skriver at prioriteringsforskriften ble meget viktig for å avgjøre hvilke pasienter som har rett til nødvendig helsehjelp etter at pasientrettighetsloven ble vedtatt²⁵.

²² Pasientrettighetsloven § 2-1b (2)

²³ Prioriteringsforskriften

²⁴ Pasientrettighetsloven § 2-1b (2)

²⁵ Syse (2009) s. 156, siste avsnitt

I andre og tredje ledd av forskriftens § 2 utdypes de to første kumulative vilkårene i første ledd. Der spesifiseres det at med en "ikke ubetydelig nedsatt livskvalitet" er i de tilfelle hvor pasientens livskvalitet som en følge av lidelser, smerte eller nedsatte evner i forhold til vitale livsfunksjoner slik som nedsatt funksjonsnivå, både psykisk og fysisk merkbart reduseres. Med forventet nytte av behandlingen siktes det etter tredje ledd til at det må foreligge god dokumentasjon for at den aktuelle behandlingen kan gi pasienten bedre livskvalitet eller forlenge pasientens livslengde. Det er også et krav om at tilstanden forverres uten behandling, eller at behandlingsmulighetene forverres ved en utsettelse av den aktuelle behandlingen. Forskriften legger opp til at en medisinsk vurdering vil bli det viktigste grunnlaget for vedtaket.

2.2.2.1.3 Helsedirektoratets veiledning

Fortsatt gir både loven og forskrift en noe vag og generell veiledning til spørsmålet om å avgjøre om en pasient skal gis rett til nødvendig helsehjelp på bakgrunn av rusavhengighet. Dette kan åpne for at spørsmålet om rett til nødvendig helsehjelp vurderes forskjellig blant leger og vurderingsteam. Jeg vil derfor nå gå inn i veiledningen som leger og vurderingsteam bruker ved vurdering av henvisninger for behandling for rusavhengighet. Denne veiledningen er ikke å anse som en tradisjonell rettskilde, men den gir et inntrykk av hvordan praksisen er når det gjelder den daglige anvendelsen av reglene. Den brukes mye i det praktiske liv av de som bruker loven hver dag. Veiledningen viser til tre kriterier som må være oppfylt. Dette er det som kalles "alvorlighetskriteriet"²⁶, "forventet nytte"²⁷ og "kostnadseffektivitet"²⁸. Til slutt skal det gjøres en helhetsvurdering av alle kriteriene. Kriteriene er relative i forhold til hverandre²⁹. Dette medfører at dersom et av kriteriene i høy grad er oppfylt medfører dette at de andre kriterier kan være oppfylt i mindre grad. Veiledningen gir en detaljert beskrivelse av hvordan Helse- og sosialdirektoratet mener at reglene skal tolkes.

²⁶ IS-1505 s. 37

²⁷ IS-1505 s. 48

²⁸ IS-1505 s. 48

²⁹ IS-1505 s. 60

Veilederen lister opp forhold som er spesifikt knyttet opp mot rusavhengiges problemer som følge av rusmisbruket³⁰. Dette kan eksempelvis være fare for den rusavhengiges helse, suicidalitet, eventuell graviditet, kriser og liknende, progresjonen i misbruket, pasientens alder, eventuelt omsorg for små barn og komorbiditet både for psykisk og fysisk helse. Med komorbiditet menes samsyklighet. Dette vil i russammenheng typisk være følgeskader av rusmisbruket, slik som leverskader og veldig ofte psykiske lidelser. De aller fleste rusavhengige vil falle inn under minst ett av vilkårene. Avdelingsoverlege Arnold Kverme ved Borgestadklinikken, Norges største private rusklinikk, forklarte at spesielt når det gjelder progresjonen i misbruket, så oppfyller stort sett alle rusavhengige som de får henvisninger på dette punktet. Videre forklarte han at dersom en pasient ikke fikk rett til nødvendig helsehjelp ved den første henvisningen så vil det som regel senere komme inn en ny henvisning på den samme pasienten hvor tilstanden er forverret, og det blir da senere gitt rett til nødvendig helsehjelp. Praksis er derfor blitt slik at de fleste henvisninger blir vurdert slik at det gis rett til nødvendig helsehjelp. Dette har sannsynligvis sammenheng med kriteriet om kostnadseffektivitet også å gjøre.

Typisk sett er det lettere å behandle en pasient tidlig i sykdomsforløpet, eller som her i et tidlig punkt i avhengigheten. Det gir derfor mening å sørge for at den rusavhengige får behandling før rusproblematikken eskalerer og at det oppstår somatiske sykdommer og psykiske lidelser som følge av rusavhengigheten. Etter den informasjonen jeg fikk muntlig på Borgestadklinikken virket det som om de aller fleste vurderingene av henvisninger endte i å gi rett til nødvendig helsehjelp. Dessverre har jeg ikke lyktes med å få tak i tall på dette. Det virker dermed ikke som om det er noen rettighetslekkasje når det gjelder hvor vanskelig det er å få rett til nødvendig helsehjelp som følge av rusavhengighet.

2.2.2.1.4 Forarbeider

Forarbeidene, Ot.prp.nr.12 (1998-1999) og Ot.prp.nr.63 (2002-2003) gir ikke noen entydig veiledning til hvordan begrepet "rett til nødvendig helsehjelp" skal tolkes. Men som Syse skriver er det bred oppslutning om prioriteringskriteriene som ble trukket opp

³⁰ IS-1505 s.7 og 8

av Lønning II-utvalget³¹. Utvalget pekte på flere mulige måter å prioritere hvem som skal ha krav på helsetjenester. De kom frem til at det i hovedsak er tre kriterier som det burde legges vekt på. For det første mente utvalget at pasienten må ha et visst prognosetap, for det andre må pasienten ha en forventet nytte av behandlingen, og for det tredje må tiltakets kostnad stå i et rimelig forhold til tiltakets forventede helsegevinst. Dette er mye av det samme som kommer frem av loven, forskriften og veiledningen som jeg har skrevet om over.

Men utvalget peker imidlertid også på andre utfordringer som kan ha betydning innenfor rusmiddelbehandlingen. Når det gjelder nytte- og kostnadskriteriet så er det åpenbart vanskeligere å vurdere nytten i forhold til kostnadene en gitt pasient vil ha av behandlingen innenfor rus og psykiatri enn det er innenfor somatisk medisin³². Dette kommer av at innen somatisk medisin kan en med for eksempel et brukket ben enkelt konstatere om gipsingen har medført helbredelse, og en kan med stor sikkerhet anslå kostnadene. Det er med andre ord relativt sort/hvitt. Enten er pasienten helbredet eller ikke. Når det kommer til rusbehandling er det svært mange faktorer som spiller inn på om behandlingen er vellykket eller ikke. Videre kan pasienten skrives ut som "helbredet" for sin rusavhengighet for så å bli avhengig igjen senere. Dette kunne lett ha medført at de somatiske tjenestene ble prioritert, siden de ville gi tydeligere prognoser og en lettere vurdering av hvem som har rett til nødvendig helsehjelp. Det utvalget videre skriver, riktig nok om psykiatri, men som også i stor grad må gjelde for rusmiddelbehandling er at det utvilsomt er en plikt for samfunnet å ta vare på mennesker som ikke kan klare seg selv, noe en del rusavhengige ikke klarer. Videre skriver de at det vil være kunstig å henvise til nytteprinsippet når det gjelder behandling som en vet kan hjelpe, men som kan ha et usikkert resultat³³.

³¹ Syse (2009) s 141

³² NOU 1997: 18 s. 125

³³ NOU 1997:18 s. 125

Utvalget legger relativt stor vekt på at det burde gis rask behandling der tidsfaktoren har betydning for et tiltaks prioritet dersom tilstanden er av en slik art at utsatt diagnose, behandling eller rehabilitering får alvorlige konsekvenser for pasientens helsetilstand³⁴. For rusavhengige kan det, slik det blir nevnt i veiledningen fra direktoratet være et av de kriteriene som gir rusavhengige rett til rask behandling dersom den rusavhengige er for eksempel gravid, har omsorgen for barn, suicidalitet eller at kroppen ikke lengre tåler rusmisbruket.

Utvaglet peker også på at dersom pasienten ikke er villig til å legge om livsstilen sin for å bli kvitt helseødeleggende adferd burde behandlingstiltak for å behandle pasientens skader som følge av denne adferden neppe prioriteres³⁵. Altså vil en uttalt vilje til å forandre, eller ikke forandre adferd kunne være et relevant kriterium for om en pasient skal gis rett til nødvendig helsehjelp eller ikke etter forarbeidene. For rusavhengige vil dette bety at dersom pasienten ikke er motivert for behandling, og ikke ønsker å slutte med rusmidler taler dette for å ikke gi rett til nødvendig helsehjelp. Avdelingsoverlege Kverme ved Borgestadklinikken i Skien fortalte at en del av pasientene som kommer til han ikke selv ønsker å slutte med rusmidler, men føler seg tvunget av familie, venner og arbeidsgiver til å få behandling. I slike tilfeller medfører det Lønning II-utvalget sier at pasienten ikke burde prioriteres. Dette kommer åpenbart av at det å gi behandling for rusavhengighet til noen som ikke selv ønsker å slutte å bruke rusmidler mest sannsynlig ikke vil gi resultater. Den rusavhengige vil da kunne lettere begynne å ruse seg igjen etter endt behandling.

2.2.2.1.5 Rettspraksis

Jeg har ikke lyktes å finne relevant rettspraksis fra klagenemnder, underretter eller høyesterett når det gjelder retten til nødvendig helsehjelp.

Dette kan nok skyldes at det er gode klageordninger som er gratis, og fungerer raskere enn domstolene, noe som reduserer behovet for å benytte de alminnelige domsstolene i slike saker. For det andre tar det ofte minst et halvt år fra stevning til dom i saker for

³⁴ NOU 1997:18 s. 132

³⁵ NOU 1997:18 s. 132 og 133

tingretten. I løpet av denne tiden vil nesten alltid pasienter som er utsatt for fristbrudd ha fått behandling gjennom HELFO. For det tredje er en stor del av pasientgruppen relativt ressurssvake når det gjelder å sørge for å håndheve sine rettigheter rettens vei.

2.2.2.1.6 Sammendrag

Det er som jeg har skrevet over klart at retten til nødvendig helsehjelp er et rettsbeskyttet krav, og at retten kan vurdere om en pasient har fått den helsehjelp han har krav på innen den frist han har fått. Vurderingsteamet er imidlertid ting slik som prognose med og uten behandling, hvor mye nytte pasienten vil kunne ha av behandlingen, og kostnadseffektivitet. Fastsettelsen av behandlingsfristen skal settes etter faglig forsvarlighet. Alt dette medfører at mye av vurderingen hvorvidt en pasient har rett til nødvendig helsehjelp, og eventuell hvor lang behandlingsfristen skal være er svært avhengig av medisinsk-faglige vurderinger. Slike vurderinger kan ikke en dommer eller jurist gjøre. Dette medfører åpenbart at selv om en vil ha domstolskontroll med vedtakene, så vil en dommer være svært avhengig av medisinske sakskyndige for sin vurdering av sakens faktiske og medisinske side.

Loven, forskriften og forarbeidene gir bare i liten grad noe mer enn en generell veiledning. Videre er det typisk personer med en bakgrunn i medisin som fatter vedtak om en pasient har rett til nødvendig helsehjelp eller ikke. Dette medfører at veiledningen fra helsedirektoratet mest sannsynlig er den mest brukte rettskilden for de som fatter vedtakene. Det vil nok derfor være den rettskilden som rettskildelæren anser som den relativt lettest vektet av lov, forarbeid, forskrift og administrativ praksis som gir mest utslag i hvordan loven tolkes og brukes i helsevesenet. Dette kan kanskje høres urovekkende ut for en jurist, men veiledningen fungerer i hovedsak som en veiledning som utdyper, konkretiserer og klargjør regelverket. Det samme kan muligens sies om forskriften, men den er generell for hele helsevesenet. Mens veiledningen imidlertid er laget spesielt for rusfeltet. Alternativt kunne systemet vært lagt opp på en slik måte at det var gitt forskrifter for hvert enkelt område av helsevesenet når det gjelder prioritering, og tildeling av rett til nødvendig helsehjelp. På den annen side ville en slik ordning antakelig være dyr og for lite fleksibel grunnet i reglene om saksbehandling for forskrifter med høringer og liknende som er tidkrevende.

2.2.2.2 Sekundære pasientrettigheter

Her vil jeg ta for meg de sekundære rettighetene pasientene har i pasientrettighetsloven.

2.2.2.2.1 Rett til fornyet vurdering

Denne paragrafen gir rett til en såkalt "second opinion". Dette betyr at dersom pasienten ikke er fornøyd med den vurderingen som er gitt etter den første henvisningen, kan kreve at det skal skje en ny vurdering av henvisningen.³⁶ Det kreves imidlertid at man får en ny henvisning, og en har bare rett til en fornyet vurdering for en gitt tilstand. For rusavhengige gjelder denne retten ikke bare ved henvisning fra allmennlege, fengselslege, men også ved henvisning fra sosialtjenesten, barnevernet eller annen spesialisthelsetjeneste.³⁷

For rusavhengige kan fornyet vurdering imidlertid gi visse utfordringer. En pasient som i blir henvist til spesialisthelsetjenesten for rusavhengighet, men som ikke får rett til nødvendig helsehjelp hverken første gang eller ved sin "second opinion" vil dersom en tolker loven strengt være uten mulighet til å bli henvist på ny på et senere tidspunkt for den samme rusavhengigheten, men som da vil være mere fremskreden og ha gitt flere helsemessige problemer. I forarbeidene til loven skriver sosialkomiteen at for kronikere må ikke reglene om fornyet vurdering praktiseres for strengt og at det må være en noe mer åpen holdning til fornyet vurdering³⁸. Dette er riktig nok sagt om kroniske syke pasienter, men rusavhengige pasienter må i dette tilfellet kunne sidestilles med kronikere da en nesten aldri ser noe annet enn at en rusavhengig som ikke får behandling blir verre. Det kan argumenteres med at rusavhengighet er å regne som en kronisk lidelse da den ikke går over uten behandling. Forarbeidene taler her for at en rusavhengig pasient som er blitt nektet rett til nødvendig helsehjelp etter fornyet vurdering må kunne søke om en ny vurdering på et senere tidspunkt. Hvor lang tid det må gå, eller hvor mye verre helsetilstanden må være har jeg ikke funnet noe om.

³⁶ Kjønnstad 2004, s 251

³⁷ Pasientrettighetsloven § 2-3

³⁸ Innst. O. 91 (1998-1999) s.23

2.2.2.2.2 Fritt sykehusvalg

Etter pasientrettighetslovens §2-4 kan en pasient som har fått rett til helsehjelp fritt velge i hvilken institusjon de ønsker å få helsehjelp i. Retten trekker seg kun til institusjoner som er eiet av et regionalt helseforetak, eller en institusjon som har avtale med et regionalt helseforetak.

Dette synes å være enkle regler som det er enkelt å forholde seg til. Det er ikke uvanlig for rusavhengige pasienter å søke seg til en spesiell institusjon som de ønsker å få behandling ved.

En slik tildeling av behandlingsplasser kan imidlertid gi visse utfordringer. Det er ikke uvanlig med ventelister ved institusjoner som tilbyr behandling for rusavhengige og som er innenfor ordningen med fritt sykehusvalg. Dette kan bety at dersom en pasient benytter seg av sin rett til fritt valg av behandlingssted, så kan dette medføre fristbrudd dersom ventelistene ved behandlingsstedet pasienten ønsker behandling på er lengre enn pasientens frist til nødvendig helsehjelp.

I en artikkel som VG publiserte i desember 2011³⁹ skrev de om at rusavhengige som har fått rett til nødvendig helsehjelp, og en behandlingsfrist frasier seg fristen i et brev de får fra behandlingsstedet. Dette blir gjort i de tilfeller hvor pasienten ønsker seg til et behandlingssted som ikke har kapasitet til å gi pasienten den behandlingen de skal ha innen den frist som er satt.

I utgangspunktet oppfattes brevene som pasientene skriver under på uproblematisk. Pasienten velger å si fra seg sin rettighet for å få behandlingen sin ved en spesiell institusjon. Men det er ikke sikkert alle pasientene som velger dette er klar over konsekvensene det kan ha å underskrive brevet.

En konsekvens av at pasienter fraskriver seg sine frister for å få behandling på et gitt sted blir dyttet bakover i køen for rettighetspasienter som ikke har gitt fra seg sin rett. Dette betyr at behandlingen kan i noen tilfeller begynne senere enn det pasienten trodde da brevet ble underskrevet.

³⁹ <http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=10024087>

Praksisen kan også misbrukes av helseforetakene for å sørge for at antall fristbrudd går ned, og for å spare penger ved at helseforetaket da ikke blir forpliktet til å kjøpe behandlingsplass for rettighetspasienten enten i den private helsesektoren eller ved et annet offentlig helseforetak.

Etter nyhetssaken i VG i fjor vinter har Helsedirektoratet jobbet med å vurdere disse brevene. Hva konklusjonen på disse brevene blir er enda ikke kjent. Men det er på det rene at de kan ha en funksjon da dette er en enkel måte hvor pasientene kan få muligheten til å få sin behandling der de måtte ønske. Betenkelighetene ligger mest i forhold til om alle som skriver under er klar over konsekvensene av å frasi seg sine pasientrettigheter, og det faktum at slike brev kan brukes til å pynte på statistikken for helseforetaket.

2.2.2.2.3 Rett til individuell plan

I likhet med andre pasienter som har fått rett til helsehjelp har rusavhengige pasienter også rett til en individuell plan etter pasientrettighetsloven § 2-5. Loven i seg selv slår bare kort fast at dette skal gjøres i henhold til bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven og helse- og omsorgsloven.

Spesialisthelsetjenestelovens § 2-5 som gjelder for rusavhengige pasienter som behandles innenfor spesialisthelsetjenesten slår fast at det er helseforetakets ansvar å utarbeide en individuell plan for pasienten. Dersom kommunen også gir pasienten et tilbud etter helse- og omsorgsloven er et etter både pasientrettighetslovens § 2-5 og helse- og omsorgslovens § 7-1 kommunen som har ansvaret for å utarbeide en individuell plan.

Det er gitt en forskrift⁴⁰ som uttyper retten til individuell plan betydelig mer enn det loven gjør. Forskriften slår fast at pasienter med behov for en individuell plan skal få

⁴⁰ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator

utarbeidet en slik plan, men at planen ikke gir pasienten et rettskrav⁴¹. Innholdet i planen er regulert i forskriftens § 19.

Planen skal inneholde en oversikt over hva som er målsetningen for behandlingen, hva slags ressurser og tjenester det er behov for og hvem som er koordinator samt hvem som deltar i arbeidet med planen. Videre skal det være en oversikt over hvem som vil bidra til utførelse av planen, hvilke tiltak som skal iverksettes og hvordan disse skal gjennomføres. Det skal også angis en periode for planens virke, og tidspunkt for revisjoner av planen. En plan som mangler denne informasjonen vil ikke kvalifisere til å være en plan etter loven.

Planen skal altså ha et visst innhold, og den skal utarbeides der det er behov for det. Men planen kan revideres senere, og den gir ikke pasienten noe rettskrav for å få oppfylt den. Den individuelle planen er mer ment som et behandlingsverktøy enn en reel pasientrettighet slik den vi finner i pasientrettighetsloven § 2-1b (2).

2.2.2.2.4 Klage

En svært viktig del av pasientrettighetene er klageadgangen. Som nevnt over kan det å gå rettens vei være for tidkrevende til at det er praktisk i en del tilfeller. Videre er det gratis for pasienten å klage, selv om han taper klagen. Den økonomiske risikoen ved en rettssak kan være ganske stor dersom en taper etter at saken har vært gjennom to eller tre instanser. Klageadgangen er derfor svært viktig når det gjelder pasientenes muligheter til å gjøre sin rett gjeldende.

Loven⁴² slår greit fast at klagen skal sendes til den som har fattet enkeltvedtaket eller avgjørelsen klagen gjelder. Klagen skal behandles av fylkesmannen. Dette gjelder imidlertid ikke for klage hvor pasienten mener at det er §2-1b som ikke er overholdt. I

⁴¹ Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 16

⁴² Pasientrettighetsloven § 7-2 (1)

de tilfelle hvor klagen gjelder § 2-1b er det en egen klagenemnd som skal behandle klagen⁴³.

Klagefristen er på fire uker etter at pasienten, eller hans representanter fikk tilstrekkelig kunnskap eller burde ha fått tilstrekkelig kunnskap til å klage⁴⁴. Kriteriet om at pasienten burde ha fått informasjonen gjelder for de tilfeller hvor informasjonen er gitt til han på en tilfredsstillende måte, men hvor pasienten ikke har mottatt informasjonen⁴⁵. Det kan typisk være tilfeller hvor pasienten har selv gjort seg utilgjengelig, eller nekter å forstå budskapet.

2.2.2.2.5 Helfo

Helfo, eller Helseøkonomiforvaltningen som det egentlig heter er på sett og vis en del av klageadgangen en pasient vil ha ved et fristbrudd. Helfo behandler ikke klager for frister, rett til nødvendig helsehjelp eller liknende. Helfo har flere oppgaver, men for dette oppgavens del vil det bli fokusert på Helfo sin oppgave ved fristbrudd for pasienter som har fått rett til nødvendig helsehjelp.

Som sagt over fungerer ikke Helfo som klagebehandler i tradisjonell forstand. Helfo sin oppgave i forhold til fristbrudd er å sørge for at pasienten får den behandlingen han har krav på så raskt som det lar seg gjøre. Det Helfo gjør først er å ta kontakt med sykehuset eller institusjonen for å sikre en behandlingsplass, helst innen ti dager⁴⁶. Dersom sykehuset eller institusjonen ikke klarer å tilby en behandlingsplass innen fristen vil Helfo selv ta kontakt med et annet sykehus eller en annen institusjon, og ordner en behandlingsplass så fort det lar seg gjøre. Regningen for behandlingen bli så belastet det sykehuset eller den institusjonen pasienten skulle ha hatt behandling ved.

Under i kap 2.4 har jeg i fig 2 vist til tall fra Helfo for fristbrudd de har fått for behandling av rusavhengige. Tallene viser at det er en nedgang. Som jeg nevner under kan det være mange årsaker til dette. Men en skal ikke glemme at måten Helfo fungerer

⁴³ Pasientrettighetsloven § 7-2 (2)

⁴⁴ Pasientrettighetsloven § 7-5

⁴⁵ Ot.prp.nr.12 1998-1999 s.139

⁴⁶ <http://www.helfo.no/privatperson/brudd-pa-behandlingsfrist/Sider/hva-skjer-nar-helfo-hjelper-deg.aspx>

på straffer de helseforetakene som ikke overholder behandlingsfrister ved at de må betale for behandlingen. Dette fungerer som et insentiv både til å sørge for rask behandling, og til å "jukse" der en kan. Men tallene fra Helfo er neppe fullstendig for hvor mange fristbrudd det er på behandling av rusavhengige, da Helfo kun behandler saker der rettighetspasienten henvender seg til dem. Det kan være en del pasienter som ikke vet hva de har krav på, eller hvem de skal ta kontakt med. Videre er deler av pasientgruppen innenfor rusavhengige individer som neppe har full kontroll på rettighetene sine. Hvor store disse mørketallene kan være har jeg ingen bakgrunn for å anta. Det eneste som er temmelig sikkert er at det mest sannsynlig er mørketall.

2.3 Rusavhengiges pasientrettigheter i praksis

Min hypotese når det gjelder behandling av rusavhengige er at denne ikke har blitt bedre etter rusreformen av 2004. For å forsøke å finne ut av om dette stemmer har jeg tatt kontakt med fagfolk innen feltet og sammenfattet de data jeg har funnet. Dessverre er det lite tall og statistikk på dette fagområdet. Jeg har derfor i større grad enn jeg ønsket måttet støtte meg på erfaringer og uttalelser fra de fagfolkene jeg har vært i kontakt med.

Avdelingsoverlege Arnold Kverme ved Borgestadklinikken, avdeling Ibsen i Skien var villig til å dele sine erfaringer fra 35 år som lege ved klinikken i anledning masteroppgaven. Hans erfaring med hensyn til rusreformen er at den ikke har gjort ting stort bedre for rusavhengige. Virkeligheten slik jeg forstod han, er forandret på noen måter, men det er ikke opprettet nok nye plasser, og midlene som trengs for å gi rusavhengige den behandlingen de fikk rett til i 2004 har aldri blitt bevilget. Altså er forholdet etter hans erfaring mellom tilbud på behandling og etterspørselen ikke endret stort siden rusreformen.

Det har imidlertid skjedd en endring på hvor henvisningene til spesialisthelsetjenesten for rusmiddelbehandling kommer fra. Før reformen kom om lag 80 % fra sosialtjenesten, og de resterende henvisningene kom fra leger og andre. Etter reformen er dette snudd slik at om lag 80 % av henvisningene kommer fra leger, og resten fra sosialtjenesten og andre etter Kverme sin erfaring. Dette må etter min mening ha sin rot i at ansvaret for rusavhengiges behandling i stor grad er gått over fra sosialtjenesten til

fastleger og andre leger som kommer i kontakt med den enkelte rusavhengige. Dette kan kanskje tyde på at rusproblematikk er gått fra å bli betraktet som et sosialt problem til å bli betraktet mer som et medisinsk problem.

Videre diskuterte vi om at en mulig følge av rettighetene som ble gitt er at helseforetakene ønsker å unngå fristbrudd. Dette gjør de til dels ved å korte ned behandlingstiden. På den måten får en behandlet flere pasienter raskere, billigere og innenfor fristen. Dette kan være et tilfelle hvor det å gi pasientrettigheter til en gruppe har gitt en dårligere behandling enn de fikk før. Det var også Kvermes mening at det å gi en for kort behandling gav en mye større sannsynlighet for at pasienten etter endt behandling vil falle tilbake på rus. Jeg har ikke lyktes å finne tall som viser hvor lang behandlingstiden er for rusavhengige. Jeg kan derfor ikke bekrefte Kvermes observasjoner ut fra statistikk.

Videre synes det å være et problem at en del rusavhengige som burde hatt ordinær behandling i institusjon ender opp med å få behandling i LAR. LAR står for legemiddelassistert rehabilitering. LAR er en behandlingsform hvor rusavhengighet behandles ved bruk av legemidler som gis til pasienten med et endelig mål om å gi de en rusfri tilværelse. Dette skjer fordi LAR er et billigere behandlingstilbud enn behandling i institusjon er. Igjen er dette basert på samtalen med Kverme. Kverme viste også til at ventelistene ikke er blitt noe særlig kortere siden reformen ble innført i 2004. Dette mente han tyder på ressursmangel innenfor russektoren. Igjen har det ikke latt seg gjøre å finne litteratur, forskning eller statistikk om dette.

2.3.1 Terskelen for å få rett til nødvendig helsehjelp

Terskelen for å få rett til nødvendig helsehjelp synes etter å ha snakket med Kverme og andre fagpersoner på Borgestadklinikken i Skien å være relativt lav. Dette kom blant annet av de fleste oppfylte kravene som er spesifisert i veiledningen fra helsedirektoratet. De pasientene som ikke ville fylt kravene når henvisningen kom inn ville etter Kvermes erfaring som regel kun forverre situasjonen sin, for så å søke senere og da få rett til nødvendig helsehjelp. Dette medførte at det i praksis ble slik at pasienter fikk rett til nødvendig helsehjelp for å forsøke å stoppe forverringen av pasientens tilstand tidlig. Dette vil opplagt være ressursbesparende.

2.3.2 Om fastsettelse av fristen for behandling

Loven⁴⁷ slår fast at det skal settes en frist for når en pasient som har fått rett til nødvendig helsehjelp senest skal motta helsehjelpen. I loven står det bare at fristen skal "fastsettes i samsvar med det faglig forsvarlighet krever". Loven gir imidlertid svært liten veiledning om hvor lang denne fristen skal være, og hvilke momenter som kan tillegges vekt ved vurderingen. Jeg vil derfor undersøke andre rettskilder for å finne ut hvilke kriterier som skal legges til grunn for denne vurderingen.

I forskriftens⁴⁸ §§ 4 og 4a er det nærmere regulert hva en kan ta hensyn til ved fastsettelse av frist for å begynne å gi helsehjelp. Når det gjelder rusavhengige som har fått rett til nødvendig helsehjelp, og som er under 23 år gamle har de en frist i forskriftens § 4a (2), som sier at den fristen pasienten får for å få helsehjelpen ikke skal overstige 65 virkedager. Denne fristen angir et maksimum, og fristen kan godt være kortere dersom dette ansees som nødvendig.

Hoverregelen for rusavhengige pasienter med rett til nødvendig helsehjelp finnes i forskriftens § 4 (1). Her står det kun at fristen skal settes til når det er faglig forsvarlig at pasienten får helsehjelp. Altså gir forskriften ikke noe mer veiledning enn det loven gjør.

I veiledningen fra Helsedirektoratet som er nevnt over er det skrevet noe om hvordan fristene for behandling skal fastsettes. Eksempelvis vises det til visse omstendigheter som kan gi grunnlag til en svært kort frist, slik som at den rusavhengige er gravid, har omsorgen for barn eller suicidalitet og stor overdosefare.⁴⁹ Ved graviditet angir veiledningen at behandling burde påbegynnes så fort som innen en uke.

⁴⁷ Pasientrettighetsloven § 2-1b (2) siste punktum

⁴⁸ Prioriteringsforskriften

⁴⁹ IS-1505 s. 61

2.3.3 Om mulige måte å "lure" systemet på?

De eksemplene jeg vil komme med her er ting som jeg har lest eller hørt om. Dette betyr at det ikke kan legges for stor vekt på dette, men jeg velger likevel å ta dette med da det kan gi noe innsikt i hvordan rettigheter kan uthules gjennom praksis.

En praksis som jeg har forstått ikke er veldig sjelden for å unngå fristbrudd er en praksis hvor institusjonen som ser at det går mot fristbrudd for behandlingen innkaller pasienten til en enkelt poliklinisk time. Dette medfører at behandlingen ansees startet, og fristbruddet er unngått. Men pasienten har i realiteten ikke fått noen behandling, og behandlingen kan neppe ansees påbegynt utover rent statistisk. Dette er en metode som institusjoner kjøper seg tid på, og dermed unngår fristbrudd.

Det er også en del pasienter som får behandling i LAR. LAR er en relativt billig måte å holde pasienter i behandling på. For noen pasienter er det også riktig behandlingsform. Men for en del pasienter, da gjerne de som systemet har "gitt opp" kan det bli en slags dumpingplass. Noen av pasientene skulle hatt et helt annet behandlingstilbud, men det er dyrere og ved å holde de i LAR får de et behandlingstilbud og blir dermed avskåret fra den behandlingen de burde ha fått. Hvor mange pasienter dette gjelder for er vanskelig å si da det ikke finnes tall på det. Men Kverme ved Borgestadklinikken bekreftet at dette faktisk blir gjort.

2.4 Fristbrudd

En målestokk for i hvilken grad rusavhengige får den behandlingen de har krav på er fristbrudd. Det er her tale om de brudd på behandlingsfristen etter at pasienten har fått rett til nødvendig helsehjelp. Da denne pasientgruppen ikke hadde pasientrettigheter før 2004 finnes det ikke tall som en kan sammenlikne før og etter rusreformen av 2004.

Fig 2

Antall fristbruddspasienter knyttet til NPR-kode 360 som har tatt kontakt med HELFO pasientformidling 2004-2011								
NPR kode 360 - Rus	2004*	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Helse Sør Øst RHF	3	13	31	62	89	17	19	7
Helse Vest RHF	0	9	40	22	52	46	63	20
Helse Midt-Norge	0	1	2	5	7	6	3	0
Helse Nord RHF	0	12	10	12	50	20	0	1
Totalt	3	35	83	101	198	89	85	28
*Ordningen ble etablert 1.9.2004, så tall for 2004 gjelder for tidsrommet 2.9.2004-31.12.2004.								
På grunn av komplisert statistikkuttak tar vi forbehold om feil i data.								

Som en kan lese ut av tabellen var det en jevn økning av fristbrudd fra 2005 til 2008, før fristbruddene senere sank. Tallene fra 2004 må sees bort i fra da HELFO ikke ble etablert før 01.09.04. Det kan imidlertid være mange årsaker til hvorfor det ble flere og flere fristbrudd fra 2005 til 2008 før trenden snudde. De økonomiske rammene, fastsettelse av frister for behandling, omgørelser av frister eller andre ting kan alt ha bidratt til å forme tallene.

Men tallenes tale er klar. Det er en klar nedgang mot 2011. Dette kan tyde på at flere får den behandlingen de skal ha til rett tid. Det er åpenbart at disse tallene alene ikke er nok til å komme til en sikker slutning, men det er klart at tallene taler for at det sannsynligvis er færre fristbrudd nå enn det var i tidsrommet rundt 2008.

2.5 Om finansieringen av rusmiddelbehandling

Da det i 2004 ble gitt pasientrettigheter til rusavhengige skulle dette bedre deres behandling⁵⁰. For å oppnå dette vil det nødvendigvis måtte brukes mer penger på rusmiddelbehandling. Figuren under viser kostnadstall for alle de regionale helseforetakene for rusmiddeltiltak fra 2002 til 2010.

Fig 3

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Driftskostnader for rusmiddeltiltak, alle RHF i mill. kr	121	122	1774	2049	2223	2484	2900	3168	3293

Tallene for 2002 og 2003 er svært lave fordi helseforetakene ikke fikk ansvar for rusmiddelbehandlingen før i 2004.

⁵⁰ Ot.prp. nr. 3 (2002-2003) s. 5

Fra 2004 til 2010 er det nesten en dobling av utgiftene til rusmiddelbehandling. Men når en korreterer for inflasjon ser en at den reelle økningen av utgiftene er på ca 60 %. Dette er fortsatt en relativt stor økning på noen få år. Merk at disse tallene ikke tar med de ressurser som kommunene bruker til behandling og annen hjelp til rusavhengige.

2.6 Konklusjon

Som sagt over ble rusavhengige pasienter gitt pasientrettigheter etter det mønster vi har hatt lenge innen somatisk medisin. Det synes klart på papiret at det å gå fra en situasjon hvor kommune og fylkeskommunene plikter å stille med hjelpetiltak og institusjonsplasser til rusavhengige uten noen klar rett til behandling til et system hvor de rusavhengige har klare rettigheter, med tilsvarende plikter for helseforetakene vil medføre en bedring av behandlingssituasjonen for pasientgruppen.

På papiret er også rettighetene gode, og det er gode muligheter for å håndheve sine rettigheter utenfor det relativt dyre rettssystemet. Som jeg allerede har redegjort for over så skal det ikke være vanskelig å få rett til nødvendig helsehjelp for en som er rusavhengig. En slik rettighet kan ved fristbrudd lett håndheves ved at pasienten tar kontakt med HELFO, som ordner en behandlingsplass så fort det lar seg gjøre. Dette systemet er nok grunnen til at det ikke finnes rettspraksis fra de ordinære domstolene på området.

Den rent teoretisk-juridiske delen av lovverket synes ikke å ha noen særlige mangler og feil. Lovverket er for det meste enkelt for pasientene å forholde seg til, og er ganske klar og tydelig på hvilke rettigheter den enkelt har, og hvilke klagemuligheter som finnes. Den eneste uklarheten i lovverket er vurderingen av hvem som skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Det kan argumenteres med at lovens ordlyd er generell og ikke sier så mye om hvem som skal ha rett til nødvendig helsehjelp. Men da vurderingen vil måtte være en medisinsk vurdering foretatt innenfor de rammene lovverket legger opp til så vil denne vurderingen nødvendigvis måtte være litt utilgjengelig for personer uten medisinsk kyndighet.

Når det gjelder hvordan disse rettighetene fungerer i det virkelige liv så har det vært utfordrende å finne tall eller statistikk som sier noe om dette. Jeg har heller ikke lyktes

å finne noe litteratur rundt dette. Jeg har derfor måttet basere meg på den informasjonen som har vært tilgjengelig, samt samtaler med ansatte ved Borgestadklinikken i Skien. Grunnlaget for en vurdering av hvordan rusavhengiges pasientrettigheter håndheves i det virkelige liv er derfor tynt. Jeg har likevel valgt å skrive om det jeg har funnet. Men det er viktig å notere seg at det jeg har kommet til hviler på et svakt grunnlag, og at det etter min mening burde forskes mer på hvordan behandlingen av rusavhengige pasienter faktisk foregår sett fra et juridisk perspektiv.

Det inntrykket jeg sitter igjen med er til dels todelt. For det første ser jeg at de aller fleste som trenger helsehjelp som en følge av sin rusavhengighet skal få det, og det synes slik at de faktisk får dette. Videre har en gode muligheter til å klage dersom en ikke får rett til nødvendig helsehjelp, og ved fristbrudd kan en henvende seg til HELFO som sørger for at pasienten får snarlig behandling. Det synes også slik at det er gitt mer penger til rusmiddelbehandling de siste årene.

Men på den andre siden har systemet svakheter som gjør det mulig å pynte på statistikken slik at det ser ut til at det er færre fristbrudd enn det faktisk er. Som jeg har skrevet over er det mulig å gjøre dette på flere måter slik som å innkalle pasienten til en enkelt poliklinisk time slik at behandlingen statistisk er i gang, eller å sende pasienter på billigere behandlingsformer enn de burde hatt, og brevene med frasingelse av rettigheter gir muligheter for å jukse på statistikken.

Når alt kommer til alt har jeg ikke funnet statistikk eller andre ting som antyder at det faktisk jukses på statistikken på pasientenes bekostning i særlig grad. Dette betyr at jeg ikke kan konkludere med at det jukses, men jeg kan heller ikke utelukke det. Slik jeg ser det åpner dette for at dette burde undersøkes nærmere. På sikt er ikke pasientene tjent med at de ikke får den behandlingen de skal ha. Dette gjelder også myndighetene som ikke er tjent med at systemet ikke fungerer med de konsekvenser at de mister oversikten over hvor mye helse som oppnås pr. krone, og at tilliten til helsetjenester blant pasientgruppen synker.

Som en delkonklusjon når det gjelder rusavhengiges pasientrettigheter ved frivillig behandling så synes rettighetene på papiret å være fullgode. Rettighetene er tross alt de

samme som en vil ha ved somatiske lidelser, og etter det jeg har funnet er det slik at de fleste med en rusavhengighet vil ha rett til nødvendig helsehjelp. Det kan heller ikke være tvil om at mange får den hjelpen de har krav på innen de behandlingsfristene som er blitt satt. Men det er flere muligheter i systemet for å pynte på statistikk og spare penger for helseforetakene. Jeg mener derfor at jeg må konkludere med at jeg ikke har nok belegg for å komme med en god konklusjon om hvordan pasientrettighetene fungerer i praksis.

3 Behandling under tvang

3.1 Innledning

Jeg vil i denne delen av oppgaven skrive om behandling av rusavhengige under tvang. Tenkningen og partsforholdet her er ganske annerledes enn det var i den delen av oppgaven som gjelder pasientrettigheter. I forrige del var det slik at pasientene ønsker behandling, og det store spørsmålet er hvem som skal få behandling. Partene er pasientene, som ønsker å få behandling, og helsevesenet, som vil gi behandling, men som har begrenset med ressurser.

I denne delen er partsforholdet et ganske annet. Det er riktignok en pasient på den ene siden, og helsevesenet på den andre her også, men rollene er annerledes enn det er i en frivillig behandlingssituasjon. Her vil det være slik at det er helsevesenet som ønsker å sette pasienten i behandling under tvang. Helsevesenet går fra å være en fordeler av ressurser til å være "fienden" for pasientene. Videre vil en når det gjelder tvang måtte ha legalitetsprinsippet klart for seg når det gjelder alle spørsmål om selve tvangen. Helsevesenet trenger hjemmel for all den tvang som blir utvist.

3.2 Kort historikk om tvang ovenfor rusavhengige

3.2.1 Alminnelig tvang ovenfor rusavhengige

Tvangsinnleggelse slik vi kjenner den i dag i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 ble først vedtatt i sosialtjenestelovens § 6-2 fra 1991. Før denne loven ble vedtatt fantes det begrensede hjemler for tvangsinnleggelse av rusmisbrukere i edruskapsloven, men den ble i hovedsak brukt ovenfor alkoholikere og kun i begrenset grad ovenfor rusavhengige som brukte narkotika. Ellers var det vanligere at rusavhengige ble tvangsinnlagt for psykiatriske lidelser før sosialtjenesteloven ble vedtatt.⁵¹

3.2.2 Gravide på tvang

Hjemmel for å ta inn gravide for rusmiddelbehandling på tvang kom i 1996 i den nå opphevede lov om sosiale tjenester § 6-2a⁵². Bakgrunnen for paragrafen er hensynet til

⁵¹ Ot.prp.nr.29 (1990-1991) s.88

⁵² Lov om sosiale tjenester § 6-2a

det ufødte barnet som tar skade av mor sitt rusmisbruk⁵³. Før denne bestemmelsen ble vedtatt var eneste mulighet for å beskytte barnet at den gravide ble lagt inn på tvang etter sotjl. § 6-2⁵⁴, som var den dagjeldende hjemmel for tvangsinnleggelse som følge av rusavhengighet. Den tok imidlertid kun sikte på å tvangsbehandle sterkt belastede rusavhengige⁵⁵. Selv om sosialkomiteens flertall mente at § 6-2 også kunne brukes for gravide rusavhengige⁵⁶ ble § 6-2a senere vedtatt for å gjøre hjemmelen klarere.

3.3 Tvang ovenfor rusavhengige

Det finnes også hjemmel for å holde tilbake rusavhengige som ikke er gravide på tvang. Hjemmelen for dette finnes som nevnt over i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2. Denne bestemmelsen er en direkte videreføring av sotjl. § 6-2.⁵⁷ Dette betyr at her, slik som med helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 er gammel teori, dommer og forarbeider til sotjl. § 6-2 relevant.

3.3.1 Vilåårene for å tvangsinnlegge en rusavhengig pasient

Etter loven kreves det at den som vurderes tvangsinnlagt skal utsette sin "fysiske eller psykiske helse for fare ved omfattende og vedvarende misbruk".⁵⁸ Det kreves også at friville hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig til å unngå helsefaren. Dersom vilåårene om både helsefaren, og at hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig er begge oppfylt kan pasienten tvangsinnlegges for inntil tre måneder.

Det følger av andre ledd at vedtak om tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 skal fattes av fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker. Etter tredje ledd stilles det krav til at den institusjonen som skal ta i mot den tvangsinnlagte skal både faglig og materielt være i stand til å gi pasienten tilfredsstillende hjelp. Dette skal sees opp mot hva formålet med tvangsinnleggelsen er. Videre kan kommunen

⁵³ Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s 9

⁵⁴ Lov om sosiale tjenester § 6-2

⁵⁵ Ot.Prp.nr.29 (1990-1991) s 162

⁵⁶ Innst.S.122 (1992-1993) s 27

⁵⁷ Prop. 91 L (2010-2011) kap 47.

⁵⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (1)

velge å ikke iverksette et tiltak dersom forholdene tilsier det. I så fall faller vedtaket bort etter seks uker.

Også i § 10-2 kan det slik som i § 10-3 fattes et midlertidig vedtak av kommunen, som fylkesnemnda skal godkjenne innen to uker etter fjerde og femte ledd.

Jeg vil nå kikke litt nærmere på andre rettskilder for å undersøke hvor stor fare pasientens helse må være i, hvor omfattende og vedvarende misbruket må være og i hvilken grad frivillige hjelpetiltak må være utprøvd.

3.3.1.1 Forarbeider

Jeg vil basere meg i stor grad på forarbeidene til gamle sotjl. § 6-2, da helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 er en direkte videreføring av denne bestemmelsen.⁵⁹ Forarbeidene⁶⁰ slår greit fast på s 89 at det er det jevne og omfattende misbruket som skal kunne kvalifisere til tvang, ikke et sporadisk rusmisbruk. Videre viser også forarbeidene til at faren for helseskader som følge av misbruket må være alvorlig. Søvig skriver i sin bok⁶¹ at forarbeidene, herunder både NOU 1985:18, og Ot.prp. 48 (1994-1995) spriker når det gjelder hva som kvalifiserer til misbruk. Han kommer til at bruk av foreskrevne legemidler aldri kvalifiserer til misbruk. Men påpeker at også ved bruk av lovlig forskrevne legemidler kan det oppstå situasjoner hvor pasienten misbruker de. Når det gjelder § 10-2, eller dagjeldende sotjl. § 6-2 som Søvig skriver om bemerker han at formuleringen "omfattende og vedvarende" signaliserer at misbruket må ha et visst omfang, og foregått over en viss tid før tvangsinnleggelse er aktuelt. Jeg kommer tilbake til misbrukskriteriet under.

Litt under bemerkes det at det i bestemmelsen ligger en forutsetning om at den kun skal brukes når tvangen kan ha en positiv virkning på pasientens behandlingssituasjon. Dette medfører at den som regel vil kunne bli brukt mot relativt unge misbrukere som har en mulighet til å bryte ut av misbruket, og som kan motiveres for dette. Altså vil det være

⁵⁹ Prop.91 L (2010-2011) kap 47

⁶⁰ Ot. prp. nr.29 (1990-1991) s89

⁶¹ Søvig, 2007 s 250.

lettere å tvangsinnlegge en misbruker i tyve-årene enn en misbruker som har misbrukt rus i lang tid og kanskje er godt over femti år. Det er viktig at det er en behandlingstanke bak tvangen etter dette. Tvangen skal ikke brukes bare fordi en rusmisbruker skader seg selv ved sitt omfattende misbruk. Det skal også være utsikter for å hjelpe pasienten som er innlagt på tvang bort fra rusmiddelmisbruket.

Videre understrekes det i forarbeidene at det er kun hensynet til den rusavhengige selv som skal tas hensyn til ved en eventuell tvangsinnleggelse. At den rusavhengige plager familie, nærområde og andre skal ikke vektlegges. Dette beskrives i forarbeidene som et ordensproblem som det er politiet sin oppgave å håndtere. Departementet mener også i disse forarbeidene at det ikke er påkrevet noen egen hjemmel for å verne fosteret, slik som det senere ble vedtatt hjemmel for i sotjl. § 6-2a, og begrunner dette med at innen det vil være fare for fosterets helse vil mor sitt rusmiddelmisbruk være av en slik art at tvangsinnleggelse etter § 6-2 er aktuelt.

3.3.1.2 Dommer og nemndsavgjørelser

Jeg har ikke funnet noen dommer om sotjl. § 6-2, eller helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, verken høyesteretts- eller underrettsdommer. Nå er det jo slik at ikke alle underrettsdommer publiseres, så jeg kan ikke utelukke at det finnes dommer som kunne vært av interesse.

Det er imidlertid en del avgjørelser fra fylkesnemndene som er offentliggjort blant annet på lovdata. Jeg vil benytte meg av noen slike avgjørelser for å undersøke hva nemndene legger vekt på i praksis.

Slike avgjørelsers relative rettskildemessige vekt må ansees som lav. Men det kan uansett være interessant å undersøke noen slike avgjørelser for å se hvordan avgjørelsene blir tatt i praksis, samt at eventuelle gode argumenter og behandlingsmåter i seg selv har nytte.

En slik avgjørelse, som er både ryddig og illustrerende er avgjørelsen som er publisert som FNV-2008-235-BUS. Jeg vil nå gjennomgå denne under og peke på de punktene jeg mener viser hvordan behandlingen av tvangsinnleggelsessaker typisk behandles i nemndene.

Sakens bakgrunn var kort fortalt at kommunen ønsket å tvangsinnlegge en 20 år gammel kvinne etter dagjeldende sotjl. §6-2. Kvinnen hadde fra hun var om lag 16 år gammel misbrukt rusmidler og vært involvert i flere hjelpetiltak, både for psykiske problemer, og rus problematikk. Kvinnen trakk seg i tiden forut for tvangsvedtaket unna hjelpeapparatet, og hun utviste selvdestruktiv oppførsel.

Nemnda behandler de ulike vilkårene separat under egne underoverskrifter. Dette gjør denne avgjørelsen svært enkel å sette seg inn i og pedagogisk god.

Først behandler nemnda villkåret om at rusmisbruket er omfattende og vedvarende. Her har kvinnen anført blant annet at hasj, som er et av rusmidlene hun brukte ikke er et tungt stoff og hun stiller spørsmål om dette er et rusmiddel som er tungt nok til å rettferdiggjøre tvang etter § 6-2. Hun påstår at hun ikke er avhengig av hasj, men innrømmer at hun bruker det. Kvinnen forklarer at hun har brukt utallige stoffer i varierende grad, blant annet GHB, ecstasy og LSD, men at det kun er amfetamin hun jevnlig bruker mye av.

Nemnda behandler kvinnens anførsel om at hasjbruk neppe kan gi grunnlag for tvangsinnleggelse etter § 6-2. De er enige med kvinnen i at hasj ikke er et tungt rusmiddel, men påpeker at det neppe er tvil om at hasjbruk også kan medføre tvangsinnleggelse etter § 6-2 i prinsippet. Videre tror ikke nemnda kvinnen på at hun ikke er avhengig av hasj. De behandler dette relativt kort, men viser til en leges uttalelser om at langvarig bruk av hasj vil som regel medføre avhengighet. Dette er noe typisk for slike saker, at nemnda i stor grad må avgjøre spørsmål av en medisinsk natur, og at leger og andre sakkyndiges uttalelser legges stor vekt på. Dette er en naturlig konsekvens av at vurderingene rundt en tvangsinnleggelse i stor grad er medisinske. Nemnda kommer frem til at kvinnens rusmisbruk over de siste fire årene oppfyller lovens krav til misbrukets omfang og lengde.

Etter dette behandler nemnda spørsmålet om det foreligger en helsefare for kvinnen i denne saken. Her viser nemnda til hennes bruk av spesielt hasj, og knytter dette opp til kvinnens depresjoner og generelle nedstemthet. De viser også til kvinnens uttalelser om

at hun ikke vil bli eldre enn 25 år gammel, og at hun etter vitners utsagn ved rus og fortvilelse er i stand til å ta selvmord. Dette underbygges ved noen eksempler på at hun har søkt seg til mulig fatale situasjoner. Nemnda konkluderer med at kravet om at det skal foreligge helsefare er oppfylt i denne saken.

Før nemnda kan beslutte at det skal brukes tvang ovenfor kvinnen holder det ikke at hun har et rusmisbruk som er varig og omfattende, samt til fare for hennes helse. Det må også konstateres at frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelige, og at det er et behandlingsformål ved tvangen. Når det gjelder friville hjelpetiltak kommer nemnda til at dette har vært forøkt ovenfor kvinnen, uten at dette har hjulpet henne. Det er svært viktig at frivillighet er prøvd før det blir brukt tvang ovenfor den rusavhengige. Dette har nær sammenheng med forholdsmessighetsprinsippet i norsk forvaltningsrett.

Når det gjelder behandlingsformålet konkluderer nemnda med at da kvinnen ikke klarer å gjennomføre frivillig behandling, så kan en tvangsinnleggelse gi henne en mulighet til å bygge seg opp. Nemnda håper dette vil gi henne en bedre mulighet til å ta i mot frivillig hjelp når tvangen er avsluttet. Nemnda mener at tvangsinnleggelsen vil ha et godt behandlingsformål.

Nemnda behandler de kumulative vilkårene i dagjeldende sotjl. § 6-2, som vi nå finner i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 en etter en, og kommer til at det er grunnlag for tvangsinnleggelse. Det er imidlertid viktig å huske på at tvang "kan" benyttes etter § 10-2. Det foreligger ingen plikt etter loven for nemnden å sende rusavhengige på tvang. Dette åpner for en skjønnspreget vurdering som til sist må avgjøres på grunnlag om det er tjenelig med tvang i den konkrete saken. I denne saken avslutter nemnden med at det vil være tjenelig i denne saken.

En annen avgjørelse jeg har valgt å ta med er publisert som FNV-2004-269-BUS. Saken gjelder tvangsinnleggelse av en kvinne som var 42 år, og som hadde vært rusavhengig i minst ti år. Hun hadde foruten rusavhengigheten andre helsemessige problemer, blant annet KOLS og beinskjørhet.

Kvinnen hadde siden 2000 motsatt behandling for sin rusavhengighet ved flere behandlingsinstitusjoner i flere perioder før mot avgjørelsen ble avsagt i 2004. Hun hadde etter hvert opphold ved institusjon fått tilbakefall og begynt å ruse seg igjen. Det var i hovedsak alkohol og medikamenter hun hadde brukt som rusmidler før hun i 2004 også begynte å sette amfetamin intravenøst. Det er på det rene i saken at kvinnens helse var blitt meget dårlig, og at hennest fastlege høsten 2004 søkte behandling for henne ved en rusinstitusjon. Hun fikk rett til nødvendig helsehjelp og fikk plass ved institusjonen, men hun møtte aldri opp til behandlingen.

Kommunen anførte at vilkårene for tvangsinnleggelse etter dagjeldende sotjl. § 6-2 (nå hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2) var oppfylt. Dette mente kommunen på bakgrunn av at hennes rusmisbruk var omfattende, og at rusmisbruket utsatte hennes allerede svekkede somatiske helse for fare. Kommunen viste her til et konkret tilfelle hvor kvinnen ikke hadde klart å stille et sår hun hadde fått på benet, og at hun ikke hadde klart å ta de medisiner hun trengte på grunn av rusmisbruket.

Hun hadde tidligere stukket av fra flere av hennes frivillige innleggelser ved rusinstitusjoner. Frivillige hjelpetiltak har ikke etter kommunens syn vært tilstrekkelige. På bakgrunn av at kommunen mente at kvinnen usatte sin helse for alvorlig fare ved rusmisbruket, og at frivillige tiltak ikke var nok fremmet kommunen forslag til vedtak om tvangsinnleggelse av kvinnen.

Kvinnen selv anførte at institusjonen hun var tvangsinnlagt ved ikke var egnet til å motivere henne for å slutte å ruse seg i løpet av en tvangsinnleggingsperiode. Hun mente at et opphold der kun ville være en ren oppbevaring i to måneder, og at behandlingsformålet med tvangsinnleggelsen ikke ville være til stede i denne saken.

Fylkesnemnda kommer frem til at kvinnen helt klart utsetter sin helse for fare gjennom rusmisbruket. Nemnda kommer også frem til at det slik kommunen anfører er klart at frivillige tiltak ikke vil være tilstrekkelige for å sikre kvinnens helse.

Når det gjelder kvinnens anførsel om at tvangsinnleggelsen vil bære preg av å bare være en oppbevaring av henne så skriver nemnda at de mener at et tvangsopphold i

institusjon vil kunne medføre at kvinnen vil bli rusfri for en periode og bli i stand til å ta et reelt valg når de gjelder kvinnens videre behandling. I dette ligger det at nemnda klart mener at kvinnens rusavhengighet fører til at hun ikke klarer å gjøre et reelt valg når det gjelder avrusning og om hun ønsker å slutte å ruse seg. Nemnda støtter seg også på fagpersoner som har uttalt seg for nemnda som mener at den eneste muligheten som foreligger for å hjelpe kvinnen er tvang.

Kvinnen anfører som sagt at institusjonen ikke er egnet til å motivere henne til å slutte å ruse seg, og at et opphold der vil være ren oppbevaring. Nemnda konkluderer etter å ha mottatt informasjon om behandlingsstedet fra avdelingsoverlegen der at forholdene ikke er ideelle ved behandlingsstedet, men at de er tilfredsstillende. Nemnda kommer da ikke overraskende til at alle vilkårene for tvangsinnleggelse er oppfylt i saken er oppfylt, og kommer til at kvinnen skal tvangsinnlegges.

Sakens kjerne må sies å være kriteriet i loven om at tvangen kun skal benyttes for "tilrettelegging av behandling"⁶². Herunder også spørsmål om institusjonen er faglig og materielt i stand til å hjelpe kvinnen, slik helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (3) stiller krav om. Fylkesnemnda velger i denne saken å undersøke hvor godt egnet behandlingsinstitusjonen er, og kommer til at den tilfredsstiller lovens krav til behandlingsinstitusjon.

Når det gjelder kriteriet om at tvangen skal lede mot et frivillig behandlingstilbud så er det klart at nemnda her mener at kvinnen trenger å være rusfri en periode for å klare å ta et reelt valg upåvirket av rusen. Det er klart at det vil bli lettere for kvinnen å ta et reelt valg dersom hun har vært rusfri en periode. Men en må også være kritisk ovenfor hvor umyndiggjort kvinnen blir i denne saken. Hennes argument om at tvangen neppe vil være egnet til å motivere henne for videre frivillig behandling blir kort avvist da nemnden tydeligvis mener at hun ikke vet sitt eget beste. Når det er sagt må en ikke glemme at nemnda nok har fått et tydeligere bilde av saken, og bedre innsikt enn det som fremkommer i avgjørelsen. Men jeg etterlyser en mer inngående drøftelse av dette i avgjørelsen.

⁶² Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 (1) siste punktum.

Det faktum at nemnda ikke drøfter dette så inngående som det etter min mening burde vært drøftet kan være med på å svekke kvinnens rettsvern. Dette kommer av at på dette punktet er avgjørelsens grunnlag tynt beskrevet i selve avgjørelsen, noe som vanskeliggjør eventuelle anker, og gjør avgjørelsen mindre åpen.

En annen avgjørelse jeg vil gå gjennom er FNV-2004-34-NOR. I denne saken var det snakk om tvang ovenfor en mann i slutten av 40-årene som hadde hatt et langvarig og tungt misbruk av alkohol. Mannen hadde vært til behandling flere ganger i løpet av en periode på om lag 20 år. Han hadde etter hver avsluttet behandling begynt å drikke igjen. Han mente selv at drikkingen ikke var noe problem da han tålte alkoholen.

Kommunen ønsket han tvangsinnlagt da hans somatiske helse var meget dårlig på dette tidspunktet, og han hadde begynt å utvise kognitiv svikt som følge av hans rusmisbruk. Mannen hadde i tiden før tvangen avslått frivillige hjelpetiltak, og hans helse var blitt kritisk dårlig. Sosialkontoret anså det som "livreddende" for mannen at han ble underlagt tvangsbehandling. Mannen anførte gjennom sin advokat at da han hadde misbrukt alkohol svært lenge, men at hans problemer ikke var store nok til at det var grunnlag for tvang i denne saken.

Fylkesnemnda sin behandling av saken er gjort mer grundig enn det en typisk ser, og nemnda sin avgjørelse minner mer om en dom enn en typisk nemndsavgjørelse. Dette gjør avgjørelsen interessant da en gjennom den kan få et bedre innblikk i hvordan nemnda har vurdert saken fra et juridisk ståsted.

Nemnda begynner sin behandling med å sitere lovteksten, og forarbeidene fra Ot.prp.nr.29 (1990-1991). Nemnda slår på bakgrunn av dette fast at tvangstiltak ikke skal benyttes for rene avrusningsformål, og siterer forarbeidene på det ikke er hjemmel til å benytte tvang "med mindre det konkret er grunn til å tro at man gjennom en periode på inntil 3 måneder kan klare å gjøre noe som på sikt har positiv betydning for

klienten".⁶³ Nemnda konkluderer med at "et vedtak om tvang skal således fattes når dette vil ha en positiv innvirkning på vedkommendes behandlingssituasjon".

Videre vurderer nemnda i denne saken om tvangen ovenfor mannen vil ha andre virkninger enn bare en ren avrusning. De kommer til at et opphold under tvang vil gi muligheter for å få utredet mannen slik at det kan etableres et bedre tilbud for han etter endt tvang. Det veier tungt for nemnda at de ikke kan se at mannen har noen mulighet til selv å trappe ned misbruket, og ivareta egen helse. Videre kommer nemnda kort inn på at mannen ikke vil ta del i frivillige hjelpetiltak, og at dette er prøvd uten å lykkes. Det legges ikke særlig vekt på kriteriet om at rusmisbruket må medføre fare for den rusavhengiges helse. Det er åpenbart slik siden mannens helse klart er i fare som følge av alkoholisme.

Nemnda kommer til en avgjørelse om at mannen kan tvangsinnlegges.

Avgjørelsen er interessant da den er systematisk og knytter jussen godt opp til faktum i saken. Den viser også at selv om tvangen ikke bare skal benyttes for avrusningsforhold, så kreves det ikke at tvangen nødvendigvis skal brukes for å kurere pasienten fra sin rusavhengighet. Etter nemndas syn ser det ut til at dersom tvangen kan brukes for å sikre pasientens liv og helse, samt tilrettelegge for et bedre tilbud til pasienten etter tvang, så er dette tilstrekkelig for å tvangsinnlegge pasienten.

Et fellestrekk for de dommene jeg har gått gjennom er at slutningen fra nemnden i alle tilfeller er blitt at pasienten skal behandles under tvang. Dette har antakeligvis sammenheng med at pasientene i alle sakene har oppfylt kriteriene for tvang. Det er slik at det som regel bare er de rusavhengige som er meget dårlige som blir behandlet under tvang. Det aller meste av behandlingen foregår tross alt frivillig, og behandling under tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 er en unntaksregel.

⁶³ Ot.Prp.nr.29 (1990-1991) s 162.

3.3.1.3 Oppsummering

Det synes klart at reglene i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 er ment for å beskytte de rusavhengige som ikke evner å ta vare på sin psykiske eller fysiske helse. Vilåårene for tvangsinnleggelser er relativt strenge. Det var i 2010 187 innleggelser etter dagjeldende sotjl. §6-2⁶⁴. Det finnes ingen pålitelige kilder for hvor mange rusavhengige det finnes i Norge i dag, men det ble i 2000 estimert at det finnes mellom 10 000 og 14 000 rusavhengige personer i Norge⁶⁵. Tallet er imidlertid svært usikker, gammelt og siden referer bare generelt til SIRUS (Statens institutt for rusmiddel-forskning) uten å spesifisere tallene. Fekjær skriver i sin bok at det i 2004 var estimert om lag 11 000 narkomane i Norge.⁶⁶ Men han poengterer at dette tallet kun er et estimat, og er usikkert. Dette betyr altså at det er relativt få tvangsinnleggelser etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 sett i forhold til rusmisbrukere i Norge. Tvangen er ment brukt bare i de tilfeller hvor det er nødvendig og hensiktsmessig.

Det kreves som sagt at det er et vedvarende rusmisbruk av en viss størrelse som er helsefarlig for den rusavhengige. Tvangen skal også hjelpe den som innlegges. Men det foreligger ingen plikt for nemnda å tvangsinnlegge en person, det er en "kan" bestemmelse. Videre er det svært viktig hva slags utsikter den rusavhengige har, og om det er noe rehabiliteringsgrunnlag.

3.4 Gravide på tvang

Gravide kan mot sin vilje tas inn til behandling for rusavhengighet⁶⁷. Da dette er et inngrep som gjøres mot den gravides vilje, og som utføres av staten kreves det lovhjemmel på bakgrunn av legalitetsprinsippet. Hjemmelen finnes i helse- og omsorgslovens § 10-3.

⁶⁴ SSB, tab 07244

⁶⁵ <http://www.forebygging.no/en/Sporsmal-og-svar/TEORI-OG-LITTERATUR/Hvor-mange-rusmisbrukere-er-det-i-Norge/>

⁶⁶ Fekjær, 2004 s 152

⁶⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3

De siste årene har det i snitt vært tvangsinnlagt ca 30 gravide kvinner i året med hjemmel i sotjl. § 6-2a, som nå er erstattet av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3⁶⁸. Loven slår fast i første ledd at det kan fattes vedtak om tvangsinnleggelse av en rusavhengig pasient som er gravid. Hun kan da holdes tilbake hele svangerskapet. Det kreves at rusmisbruket til den gravide er av en slik art at " det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade"⁶⁹. Videre må det være slik at frivillige tiltak ovenfor den gravide ikke regnes som tilstrekkelige for å beskytte barnet. Dette må jamføres med de alminnelige forholdsmessighets- og nødvendighetsprinsippene i norsk forvaltningsrett. Det følger så av andre ledd at formålet med tvangsinnleggelsen skal være å sørge for det ufødte barnets helse. Den gravide skal også forsøkes settes i stand til å ta vare på barnet, samt at hun skal gis hjelp for hennes rusavhengighet. Videre heter det i tredje ledd at det skal vurderes hver tredje måned om det fortsatt er grunnlag for tilbakeholdelse.

Det er i utgangspunktet fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker som skal fatte vedtak om tvangsbehandling av gravide rusavhengige etter § 10-3. Men etter femte ledd kan det i hastesaker være kommunen som fatter et midlertidig vedtak om behandling under tvang. Etter sjette ledd skal et slikt vedtak innen to uker oversendes fylkesnemnda.

Loven virker ved første øyekast relativt lett å forholde seg til. Men det vil åpenbart være spørsmål knyttet til hvor grensen går for hvor omfattende rusproblemet skal være før tvangsbehandling er aktuelt, hvor mange andre behandlingsformer som skal være prøvet og andre spørsmål. Jeg vil forsøke å ta for meg noen problemstillinger. Jeg vil også forsøke å si noe om hvordan reglene praktiseres.

3.4.1 Vilkårene for å tvangsinnlegge en gravid rusmisbruker

I loven kommer det frem at vilkårene for tvangsinnleggelse er at det er overveiende sannsynlig at barnet blir født med en skade som følge av mors rusmisbruk, og at det

⁶⁸ NOU 2012:5 Tabell 11.1

⁶⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (1)

ikke er tilstrekkelig med andre hjelpetiltak. Dette betyr at mor må regnes som rusmisbruker før det vil være aktuelt å benytte seg av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

Når det gjelder forarbeider, så peker forarbeidene⁷⁰ til den nye loven bare på at den nye § 10-3 er en videreføring av sotjl. § 6-2a. Jeg vil derfor benytte meg av forarbeidene til sotjl. § 6-2a. Når det gjelder praksis for sotjl. § 6-2a vil den være direkte anvendbar også for helse- og omsorgsloven § 10-3 da den nye bestemmelsen er en videreføring av den gamle loven.

3.4.1.1 Forarbeidene

Forarbeidene slår tidlig fast at tvang kun skal fungere som en siste utvei dersom det ikke lar seg gjøre å sikre barnets helse gjennom andre frivillige hjelpetiltak⁷¹. Det er derfor viktig at før det blir fattet vedtak om tvangsbehandling så må det være forsøkt frivillige tiltak ovenfor den gravide. Men dersom hun nekter å ta i mot frivillig hjelp kan det være grunnlag for tvang selv om ingen hjelpetiltak er påbegynt ovenfor den gravide. Det er sosialtjenesten som må vurdere om det er tilstrekkelig med tiltak utenfor tvang, eller om det vil påkreves tvang i den enkelte sak.⁷²

Når det gjelder vilkåret om at det må være overveiende sannsynlig at barnet blir påført betydelig skade som følge av mors rusmisbruk så vil ikke ethvert inntak av rusmidler være nok til å oppfylle kriteriet⁷³. Det må her etter forarbeidene gjøres en grundigere undersøkelse enn å bare slå fast at det foreligger et rusmisbruk, og at kvinnen er gravid. Når det gjelder kravet til at skaden skal være betydelig så må en vurdere dette ut i fra skadens omfang og varighet. Forarbeidene slår fast at en skade som i seg selv er av mindre betydning vil kunne karakteriseres som betydelig dersom den er varig. Forarbeidene gir ikke noe videre veiledning i forhold til hva som menes med en skade av mindre betydning.

⁷⁰ Prop.91 L (2010-2011) Kap. 10

⁷¹ Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s. 5

⁷² Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s. 9

⁷³ Ot.prp.nr.48 (1994-1995) s. 20

Forarbeidene velger å gi fylkesnemnden en relativt fri rolle i forhold til å vurdere hvorvidt den gravide rusavhengiges misbruk kan medføre skade, og av hvilket omfang. Som det nevnes i forarbeidene vil hva slags skader og sannsynlighet for dette være avhengig av hva slags misbruk kvinnen har, om det er blandingsmisbruk, hva slags stoff(er) hun bruker, og hyppighet. På grunn av det uensartede misbruket blant rusavhengige er fylkesnemndene gitt et relativt vidt skjønn.

Alt i alt gir forarbeidene bare en begrenset veiledning for hvor omfattende kvinnens rusmisbruk må være før det vil være hjemmel for å underlegge henne tvungen behandling etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

3.4.1.2 Dommer og nemndsavgjørelser

Jeg vil nå undersøke rettspraksis, og praksis fra fylkesnemndene for å forsøke å klargjøre hvor omfattende rusproblemet må være, og hvor mye som må være forsøkt av hjelpetiltak før rettpraksis viser at det finnes hjemmel for tvangsinnleggelse.

Når det gjelder dommer har jeg ikke lyktes å finne noen høyesterettsdommer for helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 eller sotjl. § 6-2a. Jeg fant en lagmannsrettsdom for tvangsinnleggelse av gravide rusavhengige. Dommen⁷⁴ ble avsagt i Gulating lagmannsrett. Denne dommen er antakeligvis den dommen vi dag har som har størst relativ rettskildemessig tyngde. Selv om det bare her er snakk om en underrettsdom så må lagmannsrettens dom ha relativt større rettskildemessig vekt enn de tingrettsdommere som er avsagt, og vedtakene til fylkesnemndene. Det har ikke lyktes meg å finne offentliggjorte tingrettsdommer som behandler tvang ovenfor gravide rusavhengige. Dommen som fra Stavanger tingrett, som jeg kommer til å referere til under måtte jeg be om å få tilsendt direkte fra domstolen eller å ha funnet referansen i lagmannsrettsdommen.

⁷⁴ LG-2002-433

Dommen fra lagmannsretten er svært kort, og viser i all hovedsak til tingrettens dom⁷⁵, og fylkesnemndas vedtak. Det meste av det jeg vil presentere er hentet fra tingrettens dom, da lagmannsretten i hovedsak kun viser til tingrettens dom.

Sakens kjerne var at en gravid kvinne, som innrømmet at hun hadde hatt et rusproblem ønsket å bli skrevet ut av klinikken der hun var tvangsinnlagt etter dagjeldende sotjl. § 6-2a. Bakgrunnen for tvangsinnleggelsen var at hun hadde vært inn og ut av frivillige opphold på en rusklinikk etter at hun ble gravid, og at hun hadde fortsatt å ruse seg etter hun ble kjent med at hun var gravid. Til sist ble det fattet et hastevedtak av sosialtjenesten i hjemkommunen hennes, som senere ble godkjent av fylkesnemnden. Etter vedtaket var fattet rømte hun fra en klinikk før hun senere ble funnet igjen og tvangsinnlagt der hun var når saken gikk for tingretten, og senere for lagmannsretten.

Saksøker, den gravide kvinnen i denne saken, anførte i at hun ikke fikk noen slags behandling for sin rusavhengighet under innleggelsen, at hun hadde behov for å dra hjem for å gjøre seg klar for fødselen og at det ikke lengre var behov for fortsatt tvangsinnleggelse da hun hadde vært rusfri under oppholdet. Subsidiært påstod hun at det ville være tilstrekkelig med hjelpetiltak etter dagjeldende sotjl. § 6-1, som gjaldt hjelpetiltak ovenfor den rusavhengige.

Kommunen, som saksøkt anførte fra sin side at formålet med tvangsinnleggelsen ikke var at mor får behandling, en at det primære målet med tvangsinnleggelsen var beskyttelsen av fosteret fra mors rusmisbruk. Kommunen anførte også at saksøker var vist tillit i forhold til å forsøke å få til frivillig behandling, og at denne var brutt. Det ble også vist til at saksøker var en del av rusmiljøet på hjemstedet, og at hennes kjæreste også var rusavhengig. Kommunen mente derfor at faren for at saksøker ville ruse seg dersom hun slapp ut av den tvungne innleggelsen var stor.

Spørsmålet slik det stilte seg for retten var om det var fortsatt grunnlag for tvangsinnleggelse etter sotjl. § 6-2a. Retten konstaterer raskt at to grunnvilkår for tvangsinnleggelse er til stede, nemlig at saksøker er gravid, og at hun er rusmisbruker.

⁷⁵ Stavanger tingrett 2001-01271 A

Dette må kunne sies å være en svært enkel vurdering i de fleste saker etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Videre behandler retten om saksøkers misbruk er " av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade".⁷⁶

Retten bemerker her, slik jeg har skrevet over at hverken lovtekst eller forarbeider gir noe fast holdepunkt for når narkotikabruken er av en slik art at det kan medføre skade på fosteret. Retten kommer derfor til at vurderingen på dette punktet må bli skjønnsmessig.

Retten legger også sterk vekt på at det er svært vanskelig å slutte med bruk av rusmidler dersom man har vært avhengig, og argumenterer med det at selv om saksøker ikke har ruset seg på noen måneder på tidspunktet for saken, så er det stor fare for at dersom hun slipper ut vil gjenoppta rusmisbruket. Videre gjør retten en mer konkret vurdering av hvor utsatt hun er for å falle tilbake på rus. Retten vurderer hennes livssituasjon, herunder at hun er følelsesmessig sårbar, og har en kjæreste som ruser seg. Hennes tilknytning til rusmiljøet på hjemstedet vektlegges. Etter dette kommer retten til at hun mest sannsynlig vil falle tilbake på rus dersom hun slipper ut av tvangsbehandling før hun har født.

Det neste retten vurderer er om et rusmisbruk etter utskrivning vil medføre at det er "overveiende sannsynlig" at barnet vil bli født med en "skade". Tingretten poengterer her at dette er et spørsmål som er vanskelig å besvare. Dette kommer av at rusmisbruk har mange former i forhold til hyppighet, størrelse på doser, hva slags stoffer det er snakk om, hvordan de inntas og blandes, samt mors egen toleranse for stoffet.

Retten henviser her til forarbeidene.⁷⁷ Der konkluderes det med at et hvilket som helst rusmiddelmisbruk under svangerskapet vil føre til økte forekomster av komplikasjoner. Det vises også til at sannsynligheten for at barnet får medfødte fysiske misdannelser og for at barnet bli mentalt utviklingshemmet øker ved at mor misbruker rusmidler under svangerskapet. Det slås videre fast at det ikke finnes data for å fastslå hvor omfattende

⁷⁶ Sotjl §6-2a , nå i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3

⁷⁷ Ot.prp.nr 48 (1994-1995) s27.

rusmisbruket må være for at barnet skal få skader. Til slutt konkluderes det med at "et hvert misbruk anses å kunne føre til varige skader".

Retten kommer etter dette frem til at det rusmisbruket som saksøker mest sannsynlig vil ha dersom hun slipper ut av tvangsinnleggelsen vil medføre en "overveiende sannsynlighet" for "skade" på barnet. Retten mener med dette at vilkårene for fortsatt tvangsinnleggelse foreligger.

Retten vurderer også om hjelpetiltak etter sotjl. § 6-1 vil være tilstrekkelig for å unngå skade på barnet. Dette er et klart utslag av forholdsmessighetsprinsippet i norsk forvaltningsrett. Retten viser her til forsøkene på frivillig behandling før saksøker ble tvangsinnlagt, og konkluderer med at hjelpetiltak lite sannsynlig vil være vellykket i denne saken. Retten kommer til slutt til at fylkesnemndens vedtak om tvangsinnleggelse frem til fødsel for saksøker stadfestes. Lagmannsretten stadfester senere tingrettens dom.

Dette er som sagt den eneste lagmannsrettsdommen jeg fant om tvangsinnleggelse av gravide rusmisbrukere. Dens rettskildemessige verdi er relativt liten, men den gir like fullt verdifull innsikt i hvordan slike saker behandles.

Som sagt over er dommens relative rettskildemessige tyngde begrenset. Men den går gjennom vurderingstemaene på en strukturert og god måte. Dommen synes å ta opp de samme tingene som fylkesnemndene tar opp og vurderer. Saken er neppe på noen måte prinsipiell, men dommen gir en god illustrasjon på hvordan det burde vurderes om en gravid kvinne skal tvangsinnlegges etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

Den neste avgjørelsen jeg skal ta for meg ble avsagt av Fylkesnemnda i Oslo og er publisert som FNV-2002-200-OSL. I denne saken er det tatt dissens av det ene medlemmet av nemnda. Dette blir sjeldent gjort, og gjør avgjørelsen interessant.

Bakgrunnen for saken var et en kvinne som var rusavhengig var blitt gravid, og hun hadde flere ganger stukket av fra frivillig behandling. Det var enighet om at kvinnen hadde gode forutsetninger for å klare å starte et rusfritt liv. Det saken stod om var

hvorvidt det var nødvendig med tvangsinnleggelse, og om det ville være en bedre løsning for kvinnen at hun flyttet til sine foreldre i Nord-Norge slik hun ønsket.

Oslo kommune anførte kort at kvinnen var gravid, og at hun ruset seg. Dette ble ikke bestridt av kvinnen selv. Kommunen mente at siden kvinnen ikke hadde sluttet å ruse seg, og ikke deltok i de frivillige tiltakene som var iverksatt så fantes det ingen grunn for å iverksette nye frivillige tiltak.

Kvinnen på sin side anførte at hun ikke ønsket å bli utsatt for tvang, og at hun ved frivillige tiltak ville bli satt i bedre stand til å ta vare på seg selv og sitt barn etter fødselen. Hun viste også til at det er et sterkt prinsipp om at det ikke skal iverksettes mer vidtgående tiltak enn det er nødvendig for å sikre fosterets helse. Hun mente også at dersom hun flyttet til sine foreldre i Nord-Norge ville dette bringe henne bort fra rusmiljøet i Oslo, og dermed lettere motstå trangen til å ruse seg. Det ble også rettet kritikk mot behandlingsinstitusjonen da denne etter hennes mening ikke ville gi henne noen god behandling på rusavhengigheten hennes, og heller ikke forberede henne på et liv som mor. Hennes mening var at tvangsinnleggelsen ville være en oppbevaring av henne frem til fødselen uten behandling.

Nemndas flertall kom til at kvinnen skulle tvangsinnlegges. De påpekte at hun hadde hatt et rusmisbruk i lang tid før graviditeten, og at hun hadde brukt rusmidler mens hun visste at hun var gravid. Flertallet mente også at dersom kvinnen ikke ble tvangsinnlagt så ville hun fortsette å ruse seg under svangerskapet. De mente også at frivillige tiltak ikke ville være tilstrekkelige for å beskytte fosteret. Det ble også vektlagt at tvangens primære mål er å beskytte fosteret, og at behandling av mor kommer i annen rekke.

Mindretallet, som bestod av en psykolog var uenig med flertallet når det gjaldt tvangen. Han mente for det første at kvinnen ville ha en like stor mulighet for å bli rusfri utenfor som i en institusjon. For det andre mente han at den behandlingen kvinnen hadde fått i Norge tidligere var av en dårlig kvalitet, og kalte kvinnens psykolog for "udugelig". For det tredje mente han at tvang bare skal brukes ovenfor en pasient dersom en er nesten sikker på at behandling under tvang vil være et gode for pasienten. For det fjerde stiller han spørsmål ved om fosterets vern går på bekostning av mor, og peker på at

beskyttelse av fosteret skal skje med færrest mulig inngrep ovenfor mor. For det femte mener han at institusjonen som kvinnen skal tvangsinnlegges ved ikke er egnet til å behandle gravide rusmisbrukere, og at det må være en betingelse for tvang at institusjonen er egnet. Til sist mener han at kvinnens personlige egenskaper taler for at hun burde gis muligheten til å bo hos sine foreldre i Nord-Norge. Han mener at kvinnen da vil klare å holde seg rusfri ut svangerskapet, og at dette vil bedre kunne forberede henne på et liv som mor enn en tvangsinnleggelse.

Mindretallets kritikk av flertallet bærer preg av at han ikke er jurist, men psykolog. Hans tolkning av loven er betydelig friere enn det en vanligvis ser i en avgjørelse av fylkesnemnda, eller de ordinære domstoler for den saks skyld. Det synes klart at hans meget liberale tolkning av bestemmelsen er i strid med andre avgjørelser og dommen som er nevnt over.

Det som for flertallet synes å ha avgjort saken er at de mente at det var en for stor mulighet for at kvinnen ville ruse seg igjen under svangerskapet dersom kvinnen ikke ble tvangsinnlagt. De tolket også loven slik at mors behandling under oppholdet er sekundært. Det er beskyttelsen av fosteret som er det primære målet med tvangen. Avgjørelsen er interessant da en kan se hvor forskjellig den dissenterende psykologen tolker og bruker loven enn det som regnes som normalt i slike saker.

3.4.1.3 Oppsummering

Slik det fremkommer over er det flere kumulative vilkår som alle må være oppfylt for at en gravid rusavhengig kvinne skal kunne tvangsinnlegges etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Vilkårene er til dels strenge i ordlyden ved at det kreves overveiende sannsynlighet for skade på barnet. Men i praksis er dette kravet noe lempet på da det er svært vanskelig å forutse skadene barnet vil kunne få av mors rusmisbruk. Videre er det viktig å merke seg at tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 kun skal benyttes dersom frivillige tiltak ovenfor kvinnen er prøvd uten at de har hjulpet, eller at slike tiltak ikke vil kunne fungere.

3.5 Betenkeligheter ved tvang ovenfor rusavhengige

Det er aldri uten betenkeligheter en stat utøver tvang ovenfor sine borgere. Dette gjelder uansett om det er snakk om tvang som skal være til den som blir utsatt for tvangen sitt beste, slik som i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, eller om det er tvang for å verne et ufødt barn slik det er i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Det er alltid muligheter for overgrep mot individet tvangen utøves ovenfor. Jeg vil derfor ta opp noen av de betenkeligheter jeg betegner som mest sentrale, herunder menneske-rettighetsproblematikk, muligheter for økt abortpress ovenfor den gravide og muligheten for at den gravide unngår frivillig behandling i frykt for tvangsinnleggelse.

Jeg har her valgt å behandle all tvang under ett. Noen betenkeligheter gjelder kun for gravide rusavhengige kvinner som blir tvangsinnlagt, mens andre gjelder mer generelt bruk av tvang i behandling av rusavhengige pasienter.

3.5.1 Menneskerettigheter

Det er klart at enhver bruk av tvang ovenfor borgere reiser spørsmålet om dette er i strid med menneskerettighetene som Norge har forpliktet seg til å følge, og som er gjort til norsk love ved menneskerettsloven § 2.

De to konvensjonsartiklene som er aktuelle her er EMK. art 5 og SP art. 9, da disse bestemmelsene er ment for å sikre borgernes rett til frihet fra rettstridig frihetsberøvelse. Jeg vil begrense meg til å skrive om EMK art 5, grunnet at det er denne bestemmelsen som mest sannsynlig vil bli påberopt oftest da dette gir ankemuligheter til EMD. SP art 9 er like viktig som EMK art 5 i teorien, men da EMK art 5 er mye mer praktisk å bruke har jeg valg å kun fokusere på den.

EMK art 5 slår fast at "everyone has the right to liberty", eller som det står i den norske oversettelsen: "Ingen må bli berøvet sin frihet unntatt i samsvar med en fremgangsmåte foreskrevet ved lov." Det kan etter art. 5 litra e være i samsvar med konvensjonen å frihetsberøve personer som konvensjonen omtaler som "alcoholics or drug addicts" dersom dette gjøres etter en "procedure prescribed by law".

Videre kommer det frem i art 5 4. ledd at den som er berøvet sin frihet har rett til å få saken sin avgjort "speedily by a court", og satt fri dersom frihetsberøvelsen ikke er i samsvar med loven.

Altså synes det klart at alkoholikere og andre rusavhengige personer kan tvangsinnlegges uten at dette strider mot EMK art 5. Dette forutsetter imidlertid at dette gjøres i samsvar med loven, og at den tvangsinnlagte har rett på å få behandlet saken sin raskt av en domstol. Dette medfører at dersom norsk lovgivning om tvangsinnleggelse av en rusavhengig pasient etter helse- og omsorgstjenesteloven §§10-2 og 10-3 følges, så skal en slik innleggelse ikke stride mot EMK art 5.

3.5.2 Fratakelse av selvbestemmelsesretten

Når en pasient opplever å bli holdt tilbake i en behandlingssituasjon under tvang er i praksis pasientens rett til å bestemme over seg selv fratatt han eller henne. Det er klart at mennesker selv ønsker å bestemme over seg selv, og at det å frata et menneske denne muligheten kan ha negative konsekvenser.

På den annen side vil mange rusavhengige pasienter som innlegges under tvang i realiteten kunne ha en svært begrenset evne til å ta egne beslutninger på bakgrunn av deres rusmisbruk. Misbruket kan frarøve pasienten kognitive evner, og rusavhengigheten kan i en del tilfeller diktere alle valg pasienten tar. Det kan her være grunn til å vurdere i hvor stor grad pasienten før tvangsinnleggelsen hadde mulighet til å ta frie og reelle valg. Det som ofte er formålet med tvangsinnleggelser etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2 er nettopp at pasienten skal bli rusfri en periode for å gjenvinne evnen til å selv ta avgjørelsen om han eller hun faktisk ønsker å bli rusfri.

Når det gjelder gravide rusavhengige som blir tvangsinnlagt etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 så stiller saken seg litt annerledes. En del av det som står i avsnittet ovenfor vil også gjelde i disse sakene. Men i disse sakene trenger ikke rusmisbruket være av et like stort omfang som i § 10-2-sakene. Videre er her målet med tvangen ikke å gjøre mor i stand til å ta en reelt valg, men å beskytte fosteret fra mors rusmisbruk. Men i disse tilfellene kan en si at vurderingen er slik at mors selvbestemmelsesrett ofres for å sikre fosterets helse. Hvorvidt den vurderingen som er

gjort i Norge hvor en er kommet til at dette er det beste alternativet er riktig eller ei vil jeg ikke ta opp.

3.5.3 Abortpress

Dette punktet gjelder åpenbart kun for de gravide rusavhengige som tvangsinnlegges etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3.

Det er på det rene at dersom en kvinne tar abort, så bortfaller gravid-kriteriet i forhold til tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3. Dette medfører at for kvinner som er tvangsinnlagt, eller som vil bli det er abort en mulig vei ut av tvangen. For å fortsette tvangen må en da gå under helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2, noe som neppe vil kunne skje ofte.

I forarbeidene⁷⁸ skriver departementet at tvangsinnleggelse av gravide rusavhengige kan fremprovosere flere aborter. Departementet begrunner dette med at "kvinnen blir på mange måter stilt ovenfor et valg mellom å beholde barnet og dermed bli plassert på institusjon, eller å ta abort for å unngå tvangsbruk." Dette er forsøkt avhjulpet ved at det i loven er tatt inn et kriterium for tvangsinnleggelse om at det skal være forsøkt med frivillige hjelpetiltak, eller være helt klart at dette ikke er tilstrekkelig før det er adgang til å bruke tvang ovenfor den gravide.⁷⁹

Det synes imidlertid slik at selv med vekt på at frivillige tiltak først skal prøves før tvang blir aktuelt, så vil tvangsreglene for gravide rusavhengige kunne medføre et økt antall aborter. Som Søvig skriver: "Det er urealistisk å legge til grunn at alle gravide kvinner med rusmiddelproblemer skal motiveres til å beholde barnet, gjennomgå frivillige tiltak, og eventuelt tvinges dersom disse er utilstrekkelige, samtidig som bestemmelsen ikke skal føre til et press mot flere aborter."⁸⁰

⁷⁸ Ot.prp. 48 (1994-1995) s 21

⁷⁹ Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 (1)

⁸⁰ Søvig 2007, s 116

Bestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 vil altså kunne føre til flere aborter, men også til at færre barn blir født med misdannelser som følge av mor sitt rusmisbruk. Hvorvidt en mener de økte aborttallene rettferdiggjøres av at færre barn blir født med til dels alvorlige misdannelser vil være avhengig av den enkeltes verdisyn. Søvig mener selv at det faktum at færre barn blir født med helseskader rettferdiggjør en økning i aborttallene.⁸¹

En artikkel publisert på NRK⁸² sine hjemmesider illustrerer problemet i praksis. Saken går kort fortalt ut at en 21 år gammel rusmisbruker, som får behandling for sitt rusproblem i Belgia. Behandlingen hun mottok i Belgia var en form for LAR-behandling. Behandlingen hun får der er ikke anerkjent av norske myndigheter, og hun ble derfor tvangsinnlagt. Rusmisbrukeren sier selv til NRK at hun ønsker å føde barnet, men at hun overveier sterkt å ta abort for å slippe ut av tvangsbehandlingen. Jan Egeland i Human Rights Watch uttaler også i saken at: "Det er et grusomt faktum at en lov som skulle beskytte det ufødte liv nå kan føre til abort på grunn av tvangsbruken."

Egeland sin uttalelse illustrer dilemmaet en her står ovenfor svært godt. De rettigheter fosteret er gitt i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 kan medføre at det blir utført en abort, som tar bort fosteret. Det er et tankekors at fostrets rett til liv ikke er beskyttet av loven før etter svangerskapets 12. uke, mens fosterets helse er beskyttet mot mors rusmisbruk fra unnfangelsen av.

3.5.4 Mulighet for at den gravide vil skjule graviditeten for helsemyndighetene

Det er på det rene at ofte så ønsker ikke rusavhengige behandling for rusavhengigheten sin. Dersom de vet at det er en mulighet for at de vil bli tvangsinnlagt dersom de blir gravide vil det å unngå tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 være et incentiv til å unngå å oppsøke helsehjelp. Dette vil dekke alle typer helsehjelp da helsepersonell har opplysningsplikt dersom de vet at en pasient er gravid og rusavhengig etter lov om helsepersonell § 32 (2).

⁸¹ Søvig 2007, s 116

⁸² <http://www.nrk.no/nyheter/distrikt/hordaland/1.7904082>

Dette kunne potensielt vært et omfattende problem da den gravide rusavhengige ville sky alle former for helsehjelp fra det offentlige, noe som vil kunne være verre for både mor og foster enn at mor frivillig fikk noen hjelpetiltak, men ikke ble tvangsinnlagt. Men som Søvig skriver⁸³ så har erfaring vist at mange gravide rusavhengige kvinner selv oppsøker hjelpeapparatet av egen initiativ. Søvig skriver videre på samme side at det i 45 % av tilfellene er kvinnen selv som varsler sosialtjenesten om at hun er rusavhengig og gravid. Men det må avslutningsvis sies at det er ikke kjent hvor mange som ikke melder seg, eller lykkes i å hemmeligholde enten rusavhengigheten eller graviditeten. Så i hvilken grad tvangsbestemmelsen i helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 skremmer disse kvinnene bort fra hele- og sosialapparatet er usikkert.

3.5.5 Delkonklusjon

Det er åpenbart at tvangsinnleggelse rusmisbrukere kan medføre uønskede konsekvenser, slik som aborter og at mor skjuler graviditeten for helsemyndighetene. Det må også stilles spørsmålstegn ved selve bruken av tvang og de menneskerettslige aspektene ved tvangen, slik det alltid må når en stat vurderer å utøve tvang ovenfor sine borgere. Det kan heller ikke være noen tvil om at målet ved å benytte tvang ovenfor gravide rusavhengige kvinner, nemlig å beskytte fosteret fra mors rusmisbruk, er et mål som kan rettferdiggjøre tvang ovenfor mor. Det kan heller ikke være noen tvil om at det kan være riktig å benytte tvang ovenfor en rusavhengig pasient for pasientens beste.

Det er viktig å huske på at tvang ovenfor mor kun skal være en siste utvei, og at frivillige tiltak skal forsøkes før tvang vurderes. Videre er det gode ordninger for klage og saksbehandling. Til sist vil jeg minne om at tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 ikke strider mot EMK. At det juridiske grunnlaget for tvang ovenfor rusavhengige pasienter er til stede er det liten tvil om.

⁸³ Søvig 2007, s 114

3.6 Rettsikkerhet for behandling under tvang

Under både helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 skal fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker avgjøre om det i den enkelte saken er grunnlag for tvang ovenfor den rusavhengige.

Lovbestemmelsene om nemnda finnes i barnevernlovens kap. 7 da det er den samme nemnda som avgjør barnevernsaker som også avgjør sosiale saker, og saker som omhandler tvang ovenfor rusavhengige etter helse- og omsorgstjenesteloven. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 10-5.

Nemnda består av minst en leder, som er kvalifisert til å være dommer, den skal også ha et utvalg av sakkyndige og et alminnelig medlemsutvalg⁸⁴. I en gitt sak består nemnda av nemndslederen, et fagkyndig medlem og et alminnelig medlem av nemnda⁸⁵. Dette betyr at den i en gitt sak vil være en person med juridisk kompetanse, en med faglig kompetanse og en lekmann som avgjør saken. Denne sammensetningen vil medføre at det finnes flere faglige og menneskelige perspektiver innen nemnda.

Når det gjelder saksbehandlingen etter barnevernsloven §§ 7-11 til 7-23 så er disse bygget opp som en partsprosess, slik vi kjenner fra domstolene. Videre har partene en ankemulighet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-7, som slår fast at nemndens vedtak kan bringes inn for domstolene, og da med kommunen som part i saken mot den vedtaket er fattet ovenfor. Etter barnevernsloven § 7-8 skal nemnda sørge for at den private part, altså den som tvangen er ment for skal ha en advokat. Det er viktig i slike saker som tross alt omhandler frihetsberøvelse at den private part ikke er selv-prosederende. Dette kunne ha medført en dårligere rettsikkerhet for den private part da kommunen som regel skal representeres ved advokat etter § 7-2 annet ledd.

Ellers er saksbehandlingsreglene for fylkesnemnda i stor grad skåret etter samme list som reglene for sivile saker etter tvisteloven.

⁸⁴ Barnevernloven § 7-2

⁸⁵ Barnevernloven § 7-5 (1)

Når det gjelder rettsikkerheten for de rusavhengige som det foreslås behandling under tvang etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3 så skal fylkesnemndenes behandling være grundig og rettferdig. Behandlingen minner mye om hvordan saker behandles for de ordinære domsstolene. Alt i alt synes det slik at rettsikkerheten er godt ivaretatt i slike saker, og at den part som blir utsatt for tvangen får sine synspunkter og argumenter hørt.

Jeg vil også peke på den relativt korte fristen for å behandle saker for nemnda når kommunen har fattet et hastedtak etter §§ 10-2 og 10-3. Fristen er på kun to uker, og dette betyr at pasienten får sin sak fort opp for nemnda og ikke blir værende lenge på tvang uten en tilfredsstillende gjennomgang av saken i regi av fylkesnemnda. Tvangsbehandling etter § 10-2 kan også bare vedtas for opptil tre måneder av gangen, og for hver ny periode skal det foretas en ny realitetsbehandling av saken.

Alt i alt fremstår det slik at rettsikkerheten synes godt ivaretatt for de rusavhengige som blir utsatt for tvangsbehandling.

3.7 Oppsummering om tvangen

Det vil alltid være betenkeligheter knyttet til alle situasjoner der en stat utøver tvang ovenfor individer. Dette gjør seg gjeldene også når tvangen er ment for å være til den som utsettes for tvangen sitt beste, og når tvangen benyttes for å verne et ufødt barn. Det er derfor viktig at hjemmelen for å utøve tvang er klar, og at lovgiver sørger for at saksbehandlingen ved saker som omhandler tvang er grundig og rettferdig.

Det er relativt store forskjeller når det gjelder begrunnelse for tvangsinnleggelse etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 10-2 og 10-3, men behandlingen av sakene etter de forskjellige hjemlene er lik, og rettsikkerheten er ivaretatt på samme måte. Etter § 10-2 kan en pasient tvangsinnlegges med det mål å bevare hans eller hennes somatiske og psykiske helse. Hjemmelen legger opp til et vidt skjønn, og er etter min mening noe uklart. Dette kan skape et problem da lovgiver ved å gi en lovbestemmelse som overlater mye til skjønn gir fylkesnemndene mye makt.

Når det gjelder tvang ovenfor gravide rusavhengige etter § 10-3 så er hjemmelen klarere, og vurderingen vil nesten alltid bli hvorvidt det er stor fare for skade på fosteret som følge av mors rusmisbruk. Det er ikke snakk om en "kan" bestemmelse, og rommet for skjønn er vesentlig mindre enn det er etter § 10-2.

Når det gjelder behandlingen av sakene så skal de alt for fylkesnemndene behandles som en partsprosess hvor den som tvangen påstås brukt på alltid har krav på advokat. For min del mener jeg at den behandlingen som gis i fylkesnemnda, samt muligheten for å bringe saken inn for de alminnelige domsstolene gir pasienten et godt vern om sine rettigheter, og at rettsikkerheten synes ivaretatt.

Bruken av tvang ovenfor rusavhengige er begrenset, men tendensen er økende. Det er åpenbart en del saker om dette, og mange som motsetter seg tvangen. Men det foreligger ingen rettspraksis for høyesterett.

Mitt inntrykk av tvangen ovenfor rusavhengige i Norge er at behandlingen av sakene synes å være god og grundig. Det eneste problemet kan være at skjønnet etter § 10-2 synes å være meget fritt.

4 Rusavhengiges rettslige stilling

Når det gjelder rusavhengiges rettslige stilling i forhold til behandling i og utenfor tvang i Norge i dag har jeg i stor grad redegjort for det og vist mine synspunkter over. Det som for meg er svært gjennomgående er at det finnes lite statistikk, litteratur rettspraksis samt forskning på området. Dette har i stor grad vanskeliggjort mitt arbeide med denne oppgaven.

For det meste kan jeg ikke se noen grunn til å rette kritikk mot systemet slik det er i dag. Men det finnes visse områder som gir grunn til bekymring og nærmere studier, slik som de muligheter helseforetakene har til å pynte på statistikkene og hvordan fylkesnemndene bruker sitt skjønn i tvangssaker etter helse- og omsorgstjenesteloven § 10-2.

Det har også til tider vært en øvelse i frustrasjon å forsøke og få tak i tall og statistikk når det gjelder hvordan realiteten er for de pasientene som behandles for rusavhengighet, og andre tall og statistikker. En del tall finnes ikke, og mange tall går ikke lengre tilbake i tid enn noen få år, noe som gjør tallene mindre brukbare enn de hadde vært dersom de gikk ti år eller lengre tilbake i tid.

Alt i alt er de rusavhengige godt ivaretatt i forhold til de rettigheter de har på å få behandling, samt gode rettssikkerhetsgarantier i forhold til tvang. En ser likevel at rusproblemene her i landet bare øker år for år. Rettigheter og juss kan neppe løse disse problemene. Det må sannsynligvis en sterkere satsning på rusfeltet til fra politisk hold for å løse rusproblemene vi står ovenfor.

5 Litteraturliste

Søvig, Karl Harald. Tvang ovenfor rusmiddelavhengige. Bergen 2007

Kjønstad, Asbjørn. Helserett. 2. utg. Oslo, 2007.

Kjønstad, Asbjørn. Rett til helsetjenester - Publisert i Jussens Venner 3/4 2004 s 217, 2004.

Syse, Aslak. Pasientrettighetsloven med kommentarer 3. utg. Oslo 2009

Gråwe, Rolf W. og Torleif Ruud. Rus og psykiske lidelser i psykisk helsevern for voksne. SINTEF helse 2006

Fekjær, Hans Olav. Rus - Bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historie. 2. utg. Oslo 2004

IS - 1505, Veileder fra Sosial og helsedirektoratet, 2007.

Sivilombudsmannens årsmelding, 1998. 1998-60, Sak 98-0710

<http://www.helfo.no/privatperson/brudd-pa-behandlingsfrist/Sider/hva-skjer-nar-helfo-hjelper-deg.aspx>

<http://www.forebygging.no/en/Sporsmal-og-svar/TEORI-OG-LITTERATUR/Hvor-mange-rusmisbrukere-er-det-i-Norge/>

<http://www.vg.no/helse/artikkel.php?artid=10024087>

5.1 Lov- og forarbeidsregister

5.2 Lover

- 1991 Lov om sosiale tjenester m.v. av 13. desember 1991 (Historisk versjon fra 07.01.2003)
- 1992 Lov om barneverntjenester (barnevernloven) av 17. juli 1992 nr 100
- 1999 Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven) av 7. februar 1999 nr. 61
- 1999 Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasientrettighetsloven) av 7. februar 1999 nr. 63
- 1999 Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven) av 7. februar 1999 nr 64
- 2011 Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (Helse- og omsorgstjenesteloven) av 24. juni 2010 nr. 30

5.3 Forarbeider

Prop.91 L (2010-2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)

Ot.prp.nr.63 (2002-2003). Om lov om endringer i lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) m.m.

Ot.prp. nr. 54 (2002-2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. (Rusreform II og rett til individuell plan)

Ot.prp. nr. 3 (2002–2003) Om lov om endringer i lov 13. desember 1991 nr. 81 om sosiale tjenester m.v. og i enkelte andre lover (statlig overtakelse av deler av fylkeskommunens ansvar for tiltak for rusmiddelmisbrukere)

Innst.O.nr.91 (1998-1999) Innstilling fra sosialkomiteen om lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Ot.prp.nr.48 (1994-1995) Om sosiale tjenester m. v og i visse andre lover (tilbakeholdelse av gravide rusmiddelmisbrukere i institusjon)

Ot.prp.nr.29 (1990-1991) Om lov om sosiale tjenester m.v. (sosialloven)

NOU 1997: 18 Prioritering på ny - Gjennomgang av retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste

Ot.prp.nr.12 (1998-1999) Lov om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven)

Innst. S. 122 (1992-1993)

NOU 2012: 5

5.4 Forskrifter

2000 Forskrift om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften) av 12. januar 2000 fra Helse- og omsorgsdepartementet.

2011 Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator av 16. desember 2011 fra Helse- og omsorgsdepartementet

6 Dommer og annen rettspraksis

LG-2002-433, Gulating Lagmannsrett

Stavanger tingrett 2001-01271 A

LB-2007-60983, Borgarting Lagmannsrett

FNV-2008-235-BUS

FNV-2004-269-BUS

FNV-2004-34-NOR

FNV-2002-200-OSL

7 Lister over tabeller og figurer m v

Fig 1. Tall hentet fra ssb.no sin statistikkbank, emne 09, tabell 5370.

Fig 2. Tall fra HELFO, fått på E-post av Cathrine Aarsland Navestad, rådgiver hos HELFO 31.01.12

Fig 3. Tall hentet fra ssb.no sin statistikkbank, emne 03, tabell 03720